



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

ELISÂNGELA SOUSA PEDROSO

**SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DO TRACOMA EM
MUNICÍPIOS DA AMAZÔNIA LEGAL**

ARIQUEMES - RO

2015

Elisângela Sousa Pedroso

**SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DO TRACOMA EM
MUNICÍPIOS DA AMAZÔNIA LEGAL**

Monografia apresentada ao curso de graduação em Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel.

Orientadora: Profa. Ma. Sônia Carvalho de Santana.

Ariquemes – RO

2015

Ficha Catalográfica
Biblioteca Júlio Bordignon
FAEMA

E15s PEDROSO, Elisângela Sousa.

Situação epidemiológica do Tracoma em municípios da Amazônia Legal. /
Elisângela Sousa Pedroso: FAEMA, 2015.

82.;il.

Trabalho de Conclusão de Curso - Graduação em Enfermagem - Faculdade
de Educação e Meio Ambiente - FAEMA.

Orientador: Prof. Ma. Sônia Carvalho de Santana.

1. Tracoma. 2. Doença negligenciada 3. Integralidade em saúde 4.
Assistência de enfermagem 5. Humanização da assistência I. Sônia Carvalho
de Santana. II. Título. III. FAEMA.

CDD 363.7

Elisângela Sousa Pedroso

SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DO TRACOMA EM MUNICÍPIOS DA AMAZÔNIA LEGAL

Monografia apresentada ao curso de graduação em Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente como requisito parcial à obtenção do Grau de Bacharel.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Ma. Sônia Carvalho de Santana
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Prof. Esp. Vilma Maria Galdino da Silva
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Prof. Esp. Gustavo Barbosa Framil
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Ariquemes, 30 de Novembro de 2015.

Dedico este trabalho de conclusão de curso a todos aqueles que fizeram do meu sonho realidade, me proporcionando forças para que eu não desistisse de ir atrás do que eu buscava para minha vida profissional. Muitos obstáculos foram impostos para mim durante esses últimos anos, mas graças a vocês eu não fraquejei. Obrigado por tudo família, namorado, professores, amigos e colegas.

AGRADECIMENTOS

Grata a Deus pelo dom da vida, por ter iluminado o meu caminho e por ter me sustentado, me dando forças e coragem durante esta longa jornada, pelo seu amor infinito, sem Ele nada sou. Mesmo sem merecer, Deus tem me presenteado todos os dias, esta graduação foi um presente incrível em minha vida!

Agradeço aos meus pais, Luiz e Rosália, meus maiores exemplos. Obrigada por cada incentivo e orientação, pelo carinho incondicional, pelas orações em meu favor, pela preocupação para que estivesse sempre andando pelo caminho correto, por ter me incentivado e me dado forças para encarar essa caminhada árdua, porém gratificante!

Aos meus irmãos pelo companheirismo e apoio diário, revigorando as minhas forças sempre.

Ao meu namorado pelo incentivo, compreensão e paciência, e por ter me ajudado sempre quando precisei. Obrigado pela dedicação especial!

Aos meus tios por ter me incentivado, e acreditado em meu potencial. Obrigada pela contribuição positiva, pelas forças e por dedicação e carinho que tens por mim!

A minha orientadora, Ma. Sônia Carvalho de Santana, pela dedicação suprema que tens ofertado para a realização deste trabalho, por ter contribuído com seus conhecimentos, dedicações e honra por fazer parte deste estudo. Por ter me dado forças incentivo para que eu pudesse me renovar a cada encontro e estar disposta a fazer sempre o melhor. Obrigada pelas palavras de conforto, pelo exemplo de profissional dedicada com a vida, pela pessoa maravilhosa e profissional invejável que es!

Aos Professores, Dr^a. Rosani Alves, Gustavo Framil, Thays Chiaratto, Helena Meika Uesugui, Gerson Flores e Vilma Galdino pelos quais tenho carinho especial, por ter contribuído de forma direta ou indiretamente para a minha formação e realização pessoal.

Agradeço a Dr^a. Margarida Capelette, por ter colaborado com dados de importante significância para a realização deste trabalho! Obrigada pelo carinho.

A Dr^a. Maria Arlete da Gama Baldez, diretora da Agência Estadual de Vigilância Epidemiológica em saúde, obrigada pela receptividade e contribuição para o desenvolvimento deste trabalho.

As minhas amigas que muito me ajudaram ao decorrer destes 05 anos de companheirismo e cumplicidade de uma amizade fidedigna...

Kátia Coimbra, amiga, mãe, esposa e profissional dedicada, obrigada pelo carinho pela amizade, pela força, puxões de orelha em fim. Sou grata a você pela nossa amizade e por ter me incentivado nos meus momentos difíceis me dizendo palavras fortalecedoras que me ajudaram a definir o valor de uma amizade verdadeira!

Tânia Correa, obrigada pela sua amizade, amiga dedicada, sincera que muito tem me ajudado e contribuído para a minha formação profissional. Obrigada pelo seu carinho amigável pela sua amizade sincera... e muito obrigada por ter me acolhido em sua casa e me tratado com tanto carinho no período dos estágios(...)!

Cássia Santos, essa sem palavras... amiga alegre, feliz de bem com a vida... que me fez dar as melhores risadas em meus momentos de desatinos, onde me encontrava sem forças para prosseguir e ela com esse jeito legal de ser.... fazia tudo terminar em risos e bola pra frente! Amiga obrigada pelo carinho.

A minha amiga Patrícia Norberto, pela pessoa maravilhosa, companheira, amiga e dedicada que tens sido para comigo. Muitíssimo obrigada pela sua amizade!!!

Também, não poderia deixar de agradecer a Dona Lenita Correa... um exemplo de mulher, mãe protetora! Obrigada por ter me acolhido em sua casa, obrigada pelo carinho, dedicação que tens demonstrado por mim... serei eternamente grata por ter tido a oportunidade de conhece-la! Que Deus a abençoe poderosamente sempre!

Meus agradecimentos aos colegas de turma, companheiros de trabalho e irmãos na amizade que fizeram parte da minha formação e que irão continuar presentes em minha vida. E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado!

A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!

Florence Nightingale.

RESUMO

O Tracoma é uma afecção crônica e inflamatória da conjuntiva ocular e da córnea de etiologia bacteriana. O conhecimento de base epidemiológica do Tracoma em Rondônia deu-se por meio de realização do Inquérito Epidemiológico Nacional do Tracoma - Etapa Rondônia 2007. Realizado em 45 municípios selecionados pelo Ministério da Saúde, contemplando a região Vale do Jamari. Trata-se de um estudo transversal descritivo, com abordagem quantitativa. Este trabalho objetivou apresentar o perfil epidemiológico do Tracoma da população infanto-juvenil em idade escolar entre 05 a 14 anos. A pesquisa foi desenvolvida com base em dados obtidos pelo Inquérito Epidemiológico Nacional de Tracoma – Etapa Rondônia 2007 e campanha de controle do Tracoma no período de 2008 a 2014 em municípios da região Vale do Jamari, realizados por ocasião da campanha Nacional do Tracoma, Geohelmintíases e Hanseníase. Para obtenção dos dados, foram analisado o banco de dados secundários da Agência Estadual de Vigilância Epidemiológica em Saúde - AGEVISA – RO/ Sistema de Informação de Agravos de Notificação/SINAN/ Coordenação Estadual do Programa Tracoma. Na análise dos dados quantitativos, os dados foram tratados através de estatística descritiva e confirmatória, e também, com comparações entre variáveis. No qual apresentou resultados de alta prevalência para a doença nos municípios selecionados, onde a fase inflamatória prevalece em um índice de 98% dos casos de Tracoma Inflamatório Folicular (TF). A campanha apresentou alto índice de cura da doença para os municípios prioritários que detectaram casos de Tracoma e realizaram tratamento entre os escolares.

Palavras - Chave: Tracoma, Doença Negligenciada, Integralidade em Saúde, Assistência de Enfermagem e Humanização da Assistência.

ABSTRACT

Trachoma is a chronic disease and inflammatory ocular conjunctiva and of the cornea, of bacterial etiology. The epidemiological knowledge base of Trachoma in Rondônia showed - through completion of the National Survey of Epidemiological Trachoma-Step Rondônia 2007. Held in 45 municipalities selected by the health ministry, contemplating the Jamari Valley region. This is a descriptive cross-sectional study with a quantitative approach. This study aimed to present the epidemiology of trachoma in children and adolescents of school age between 05-14 years old. The research was conducted based on data obtained from the National Survey of Trachoma Epidemiological - Step Rondônia 2007 and trachoma control campaign in 2008 to 2014 in the municipalities of the Jamari Valley region, held on the occasion of the National Trachoma campaign, Gnome disease and leprosy. To obtain the data, we analyzed the secondary data of the State Agency for Public Health Surveillance - AGEVISA - RO / Diseases Information System Notification and / SINAN / State Coordination Trachoma Program. In the quantitative analysis, the data was analyzed using descriptive and confirmatory statistics, and also with comparisons between variables. It showed high prevalence results for the disease in selected municipalities where the inflammatory phase prevails at a 98% rate of cases of Follicular inflammatory trachoma (TF). The campaign showed high disease cure rate for priority municipalities that detected cases of trachoma and underwent treatment among school children.

Keywords: Trachoma, Neglected Sickness, Integrity in Health, Assistance of Nursing and Humanization of Assistance.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Distribuição global da ocorrência de Tracoma ativo 2009.....	22
Figura 2: Distribuição espacial do Tracoma no Brasil no período de 2002-2008.....	23
Figura 3: Distribuição do Tracoma em Rondônia.....	26
Figura 4: Mapa do estado de Rondônia, Norte do Brasil.....	27
Figura 5: Tracoma Inflamatório Folicular (TF).....	32
Figura 6: Tracoma Inflamatório Intenso (TI).....	32
Figura 7: Tracoma Cicatricial Conjuntival (TS).....	33
Figura 8: Triquíase Tracomatosa (TT).....	33
Figura 9: Opacificação Corneana (OC).....	33
Figura 10: Distribuição e vigilância do Tracoma em municípios prioritários.....	65

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição de casos de Tracoma segundo taxas de detecção na região Vale do Jamari 2007.....	55
Tabela 2: Municípios prioritários e população de escolares participantes da campanha Tracoma 2013 Vale do Jamari.....	59
Tabela 3: Municípios prioritários e população de escolares participantes da campanha Tracoma 2014 Vale do Jamari.....	61

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Perfil epidemiológico da regional de saúde do Vale do Jamari no período de 2008 a 2012, amostragem de prevalência de Tracoma Folicular.....	57
Quadro 2: Consolidado da campanha nacional do Tracoma 2013 Vale do Jamari.....	61
Quadro 3: Consolidado da campanha nacional do Tracoma 2014 Vale do Jamari....	62

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Incidência por inquérito de Tracoma Folicular (TF).....	56
Gráfico 2: Prevalência Tracoma Folicular (TF) campanha 2008 a 2012.....	58
Gráfico 3: Prevalência Tracoma Folicular (TF) região Vale do Jamari.....	60
Gráfico 4: Percentual de escolares examinados e matriculados em rede pública.....	63
Gráfico 5: Incidência de casos positivos de Tracoma campanha 2014.....	63
Gráfico 6: Percentual de escolares com positividade para Tracoma e tratados com Azitromicina.....	64

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AGEVISA	Agência Estadual de Vigilância em Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária a Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CGHDE	Coordenação Geral de Hanseniose e Doença em Eliminação
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DENERu	Departamento Nacional de Endemias Rurais
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAEMA	Faculdade de Educação e Meio Ambiente
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
GET	Global Elimination of Blinding Trachoma
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH-M	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
LDNC	Lista de Doenças de Notificação Compulsória
MS	Ministério da Saúde
NUAR	Núcleos Urbanos dos Assentamentos Rurais
OC	Opacificação Corneana
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PSE	Programa Saúde na Escola
RO	Rondônia
SAS	Secretária de Assistência a Saúde
SAFE	Surgery- Antibiotic therapy- Facial deanliness- Envirammmental change
SDNC	Sistema de Doenças de Notificação Compulsória
SEDAM	Secretária Estadual de Desenvolvimento Ambiental
SES	Secretária de Estado da Saúde
SMS	Secretária Municipal de Saúde
SISPACTO	Sistema de Pactuação
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SPSS	Statistical Package for the Social Science
SUCAM	Superintendência Nacional de Campanhas de Saúde Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
SVE	Sistema de Vigilância Epidemiológica
TF	Tracoma Inflamatório Folicular
TI	Tracoma Inflamatório Intenso
TS	Tracoma Cicatricial Conjuntival
TT	Triquíase Tracomatosa
VE	Vigilância Epidemiológica
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	17
2. REVISAO DE LITERATURA.....	20
2.1 HISTORICIDADE DO TRACOMA.....	21
2.2 TRACOMA NO MUNDO.....	22
2.3 TRACOMA NO BRASIL COM ESPECIAL REFERÊNCIA AO ESTADO DE RONDÔNIA.....	23
3. CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO DE RONDÔNIA.....	27
3.1 REGIÃO VALE DO JAMARI.....	28
3.2 TRACOMA EM RONDÔNIA.....	29
4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS.....	30
4.1 FISIOPATOGENIA.....	30
4.2 BASES DIAGNÓSTICAS.....	31
4.3 QUADRO CLÍNICO.....	32
5. TRATAMENTO.....	34
5.1 TRATAMENTO TÓPICO.....	34
5.1.1 Tratamento Sistêmico.....	35
5.1.2 Tratamento Cirúrgico.....	35
6. FATORES LIGADOS AO TRACOMA.....	36
6.1 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DO TRACOMA.....	37
7. DOENÇA NEGLIGENCIADA X NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA.....	38

8. INTERAÇÃO BRASIL SEM MISÉRIA E DOENÇAS NEGLIGENCIADAS EM PROL DA ERRADICAÇÃO DA POBREZA EM CONJUNTO COM PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA.....	40
9. CRITÉRIOS PARA A SELEÇÃO DOS MUNICÍPIOS PARTICIPANTES DO INQUÉRITO EPIDEMIOLÓGICO E CAMPANHA DE ERRADICAÇÃO DO TRACOMA.....	43
10. ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICA DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO EM CONJUNTO COM A ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE NO CONTROLE DO TRACOMA.....	45
11. EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	48
12. OBJETIVOS.....	50
12.1 OBJETIVO GERAL.....	50
12.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	50
13. METODOLOGIA.....	51
13.1 TIPO DE ESTUDO.....	51
13.2 LOCAL DO ESTUDO.....	51
13.3 POPULAÇÃO E AMOSTRAGEM DO ESTUDO.....	52
13.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	52
13.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	53
13.6 COLETA DE DADOS.....	53
13.7 ANÁLISE DOS DADOS.....	54
14. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	55
CONCLUSÃO.....	66
REFERÊNCIAS.....	68
ANEXOS	75

INTRODUÇÃO

O Tracoma é considerado como uma afecção crônica e inflamatória da conjuntiva ocular e da córnea, de etiologia bacteriana, altamente contagiosa, provocada pela bactéria *Chlamydia trachomatis*, sendo possível reconhecer 15 sorotipos diferentes que são infectantes para o homem, porém somente os sorotipos A, B, Ba e C são responsáveis pela infecção do Tracoma. É uma cerato-conjuntivite crônica recidivante, que por ocorrências frequentes das infecções oculares pode ocasionar cicatrizes na conjuntiva palpebral, em casos graves gera sequelas, provocando lesões corneanas e evoluir para um quadro de cegueira. (LOPES, 2008).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) caracterizou:

O Tracoma como a quarta causa de cegueira no mundo e a principal causa de cegueira evitável, com estimativa aproximada de 41 milhões de pessoas acometidas pela doença e considera-se que existe 1,3 milhão de pessoas que se tornaram cegas em decorrência das sequelas causadas pelas recorrentes infecções. (MARIOT; PASCOLINI; ROSE, 2009, p.563).

A palavra Tracoma deriva do grego trachomas, classificado como rugoso, áspero ou edemaciado, é uma doença milenar, sendo reconhecida como a principal causa de cegueira do mundo, onde sua ocorrência iniciou-se nos primeiros registros humanos em diferentes civilizações históricas como China, Suméria, Egito, Grécia e Roma. Alguns estudos certificam que o Tracoma é oriundo da Ásia Central, portanto um dos sinais mais antigo da doença foi encontrado por arqueólogos em esqueletos na Austrália. O início do Tracoma na América do norte partiu devido à colonização e imigração por pessoas proveniente da Europa, no final do século XIX e início do século XX. Desde então, o Tracoma tornou-se endêmico espalhando por toda a América. (DANTAS, 2013).

No Brasil, o Tracoma foi introduzido a partir do século XVIII, quando houve a deportação de ciganos expulsos de Portugal, onde estes vieram e se estabeleceram nas províncias do Ceará e Maranhão, contribuindo então para o desenvolvimento dos primeiros focos da doença. Sendo o mais famoso deles “o foco do Cariri”, nos estado do Ceará. Além deste houve outros dois focos importantíssimos que contribuíram para

a ramificação do Tracoma no Brasil, sendo eles os focos de São Paulo e Rio Grande do Sul, que se iniciaram devido à intensa imigração européia que ocorreu na segunda metade do século XIX. Nos últimos anos vários estudos foram realizados em diferentes estados, com o intuito de detectar a ocorrência da doença no país, entre os estados participantes dos estudos podem ser citados o estado de São Paulo, Alagoas, Roraima, Rondônia. As populações abordadas nesse estudo foram às famílias de alta e baixa renda, onde foram examinadas as crianças em idade escolar entre 05 e 14 anos, que pertenciam aos municípios considerados endêmicos. (BARROS et al., 2001).

Com o objetivo de conhecer a atual ocorrência e distribuição do Tracoma, o Ministério da Saúde (MS) propôs em suas políticas de saúde a realização de um inquérito epidemiológico do Tracoma no Brasil, que tem por finalidade conhecer e controlar a prevalência da doença, através dos resultados obtidos. A OMS tem como meta a eliminação do Tracoma como a principal causa de cegueira no mundo até o ano 2020. (WHO,1997).

Com base em estudos evidenciados por Dantas:

O último inquérito nacional em escolares realizados nas 26 Unidades Federadas e no Distrito Federal, no período de 2002 a 2008 detectou a existência de municípios de alta prevalência em todas as regiões do país. O inquérito revelou um coeficiente médio de prevalência nacional de 5,1% de Tracoma ativo em amostras de indivíduos em municípios com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) menor que a média nacional. (DANTAS, 2013, p.07).

Em Rondônia, foi realizado o Inquérito Epidemiológico Nacional de Tracoma – Etapa Rondônia, no período de 2007, onde foram selecionados pelo MS, 45 municípios, segundo o tamanho das cidades e indicadores de qualidade de vida (IDH abaixo de 0,764). (IBGE, 2000).

“Após o término do Inquérito Nacional do Tracoma os municípios com taxa de incidência e prevalência de Tracoma acima de 3% foram considerados municípios prioritários.” (CAPELETTE, 2013).

Com base nos resultados obtidos pelo Inquérito realizado em Rondônia, pode se observar que os municípios pertencentes ao Vale do Jamari apresentaram resultado com prevalência acima de 5%. Onde, foram realizado ações de vigilância

para o Tracoma durante os anos de 2008 a 2014, com o intuito de cumprir e eliminar a doença como causa de cegueira evitável de sua região.

Segundo (SCHELLINI; SOUSA, 2012), Para que haja sucesso na tarefa de eliminar o Tracoma como causa de cegueira, há que se desenvolver estratégias de atuação nas áreas de maior prevalência, como é o Brasil, envolvendo projetos que favoreçam o diagnóstico dos casos agudos e também detectem e tratem as formas cicatriciais.

Em virtude das ações de vigilância epidemiológica dos municípios acometidos com alta prevalência da doença, cabe aos gestores de saúde se ampliar de medidas e condutas que melhor compreendam a epidemiologia da doença, envolvendo melhor planejamento e capacitação de seus profissionais para cada região, obtendo maior desenvolvimento de ações adequadas e efetivas para o controle e disseminação do Tracoma. (LOPES, 2008).

2 REVISÃO DE LITERATURA

O Tracoma é uma afecção inflamatória ocular, uma cerato-conjuntivite crônica recidivante, e que possui como fator contribuinte para a manifestação da doença a bactéria gram-negativa *Chlamydia trachomatis* de vida intracelular obrigatória, que em virtude de infecções repetidas ao longo dos anos, o processo inflamatório pode evoluir para cicatrizes na conjuntiva palpebral, na qual pode se desenvolver em formação de entrópio (eversão da pálpebra) e Triquíase Tracomatosa (TT), (inversão dos cílios tocando a córnea do olho). Os atritos relacionados entre os cílios e o olho podem causar alterações na capacidade visual, e desenvolver-se em um quadro de incapacidade visual. (LOPES, 2008).

De acordo com Mariot; Pascolini; Rose, (2009), o Tracoma é classificado mundialmente como a quarta causa de cegueira evitável, com aproximadamente 41 milhões de pessoas infectadas pela doença. Encontra-se presente em 50 países localizados em cinco regiões da OMS, sendo apenas a Europa que não apresenta casos de cegueira por Tracoma, a doença encontra-se especialmente em áreas habitadas de populações em alto índice de pobreza, baixas condições de higiene e saneamento, difícil acesso à água, grande concentração populacional, baixos níveis educacional e cultural, além de outros fatores contribuintes para a presença e desenvolvimento do Tracoma, como: insetos vetores, deslocamentos populacionais, outras doenças oculares e precariedade na coleta de lixo.

Conforme a OMS, o Tracoma é classificado como uma doença negligenciada, e segundo seus critérios de eliminação para a doença causadora de cegueira, é viável reduzir a prevalência de Tracoma Inflamatório Folicular (TF) para um percentual menor que 5%, em crianças de 01 a 09 anos de idade, e de TT para menos de 01 caso por 1000 habitantes, em uma comunidade ou distrito. (LOPES et al., 2013).

2.1 HISTORICIDADE DO TRACOMA

A palavra Tracoma deriva do grego trachomas, classificado como rugoso, áspero ou edemaciado, é uma doença milenar, sendo reconhecida como a principal causa de cegueira do mundo, onde sua ocorrência iniciou-se nos primeiros registros humanos em diferentes civilizações históricas como China, Suméria, Egito, Grécia e Roma. Existem relatos que descrevem o surgimento do Tracoma na Ásia Central, porém um dos mais antigos possíveis sinais da doença foi encontrado por arqueólogos em esqueletos na Austrália. O início do Tracoma na América do Norte partiu devido à colonização e imigração por pessoas proveniente da Europa, entre o final do século XIX e início do século XX, desde então o Tracoma tornou-se endêmico espalhando por toda a América.

Dantas demonstra a expansão endêmica do Tracoma:

[...] o Tracoma se tornou tão endêmico nos Estados Unidos ao ponto de causar surtos nas proximidades do porto e obrigar as autoridades daquele país a formular leis que restringia ou até proibia entrada de imigrantes portadores do Tracoma. (DANTAS, 2013, p. 03).

Após proibirem a entrada dos imigrantes no país, muitos destes entraram de forma ilegal pelas fronteiras do Canadá, disseminando a doença também naquele país, o que levou a torna-se mundialmente disseminado no início do século XX. No decorrer do século, após a melhoria das condições de vida da população, devido ao surgimento de indústrias e desenvolvimento do setor econômico, o Tracoma foi considerado eliminado na Europa, América do Norte e Japão. Mesmo, após terem considerado o Tracoma como erradicado, ainda continua a ser um grande problema de saúde pública, em grande parte dos países subdesenvolvidos. (BARROS et al., 2001).

2.2 TRACOMA NO MUNDO

Ainda na atualidade, o Tracoma continua a ser considerado endêmico por mais de 50 países, sendo uma das doenças de maior disseminação do mundo, e classificado como a principal causa de cegueira evitável, um problema de saúde pública contribuinte para com a morbidade, diminuição da acuidade visual e cegueira em países ainda em desenvolvimento, principalmente na África, Oriente Médio, Subcontinente Indiano e sudoeste da Ásia. O Tracoma existe também, em menores proporções, na América Latina e Oceania. (DANTAS, 2013).

Nessa perspectiva, dados da OMS apontam que em 2011 aproximadamente 325 milhões de pessoas viviam em territórios com endemicidade positiva para os casos de Tracoma em todo o mundo, sendo apenas a Europa que não possuía países que apresentam cegueira por Tracoma, porém na região africana, eram considerados endêmicos em 29 países, sendo que 71,2% da população mundial que vive em áreas de risco estão nessa região, o que a torna prioridade para as intervenções relacionadas a controle e eliminação da doença. (WHO, 1997).

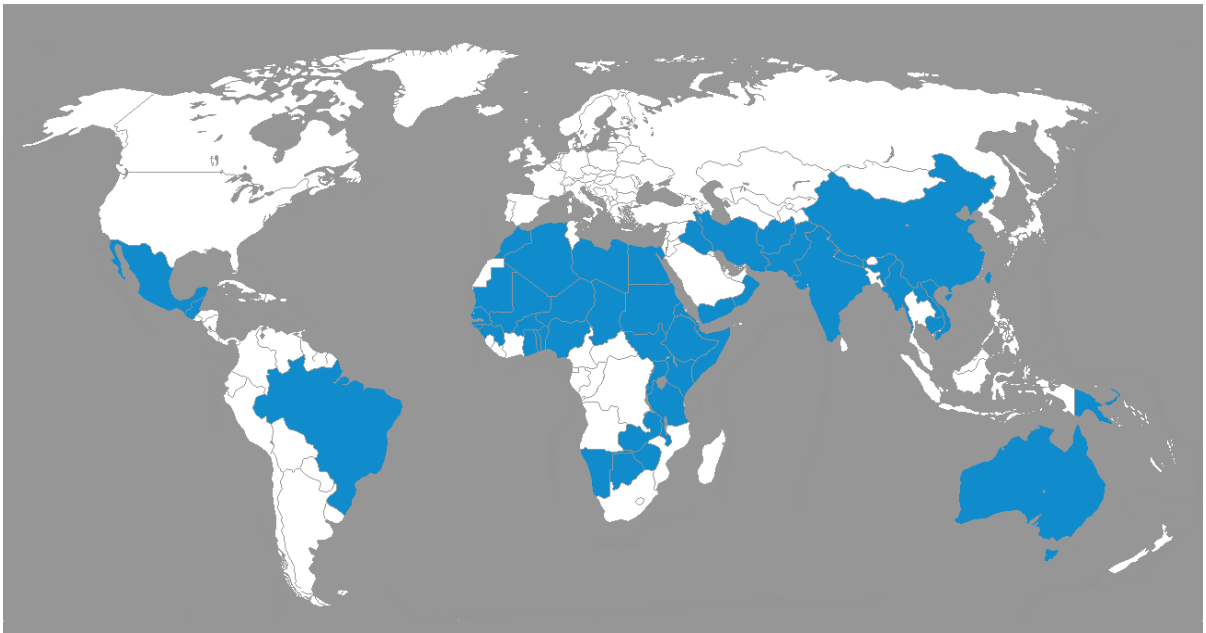


Figura 1 - Distribuição Global da ocorrência de Tracoma ativo, 2009

Fonte: OMS - Global Health Observatory Map Gallery.

2.3 TRACOMA NO BRASIL, COM ESPECIAL REFERÊNCIA AO ESTADO DE RONDÔNIA.

No Brasil, o Tracoma foi introduzido a partir do século XVIII, quando houve a deportação de ciganos expulsos de Portugal, onde estes vieram e se estabeleceram nas províncias do Ceará e Maranhão, contribuindo então para o desenvolvimento dos primeiros relatos da doença no país, dos quais o mais famoso destes foram “o foco do Cariri”, nos estado do Ceará. Além deste houve outros dois focos importantíssimos que contribuíram para a distribuição do Tracoma no Brasil, os “focos de São Paulo e Rio Grande do Sul”, que se iniciaram devido à intensa imigração europeia que ocorreu na segunda metade do século XIX, e permaneceu sendo considerado um problema de suma importância para a saúde pública até a primeira metade do século XX. (SCHELLINI; SOUSA, 2012).

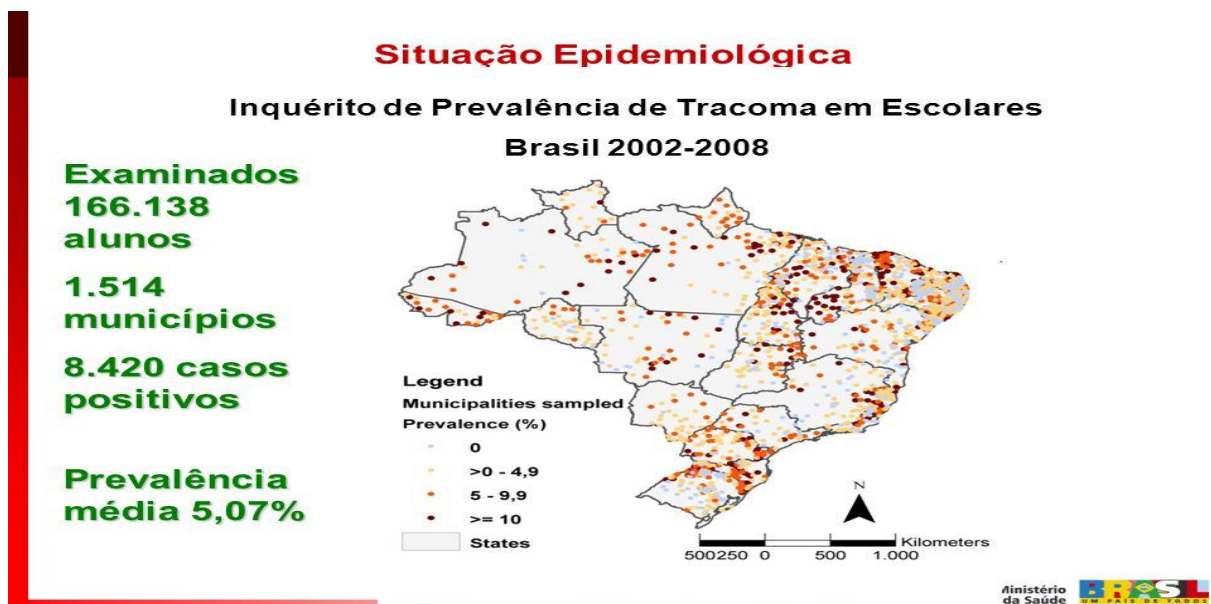


Figura 2 – Distribuição espacial do Tracoma no Brasil no período de 2002 – 2008

Fonte: Ministério da Saúde

Em 1923, por meio do decreto 16.300, o Governo Federal adotou medidas de saúde pública para impedir a entrada de imigrantes portadores de Tracoma, estabelecendo o regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública, mas

somente esta medida já não era suficiente para o combate da doença, pois a mesma já havia disseminado por todo o país. Vendo que era importante tomar alternativas para o controle da doença o estado de São Paulo implantou um sistema de serviços de saúde com especialidades para os casos de Tracoma, denominado “Dispensários do Tracoma”, que continha mais de 200 unidades de atendimento. (BRASIL, 2014a).

Conforme Barros relata:

Em todo o Brasil, o Governo Federal iniciou em 1943 a realização da “Campanha Federal Contra o Tracoma”, por iniciativa do Departamento Nacional de Saúde Pública. Esta Campanha foi incorporada ao “Departamento Nacional de Endemias Rurais-DENERu” quando da sua criação em 1956 e, posteriormente, à SUCAM (Superintendência Nacional de Campanhas de Saúde Pública), criada em 1970. Em 1990, as atividades de controle do Tracoma passaram a fazer parte das atribuições da Fundação Nacional de Saúde – (FUNASA). (BARROS et al., 2001, p. 10).

Em concordância com Dantas (2013), pode se afirmar que após a adesão de medidas para o controle do Tracoma, a prevalência da doença no país apresentou declive de forma acentuada a partir da década de 60. Na década de 70, o Tracoma chegou a ser considerado erradicado no estado de São Paulo, onde houve redução das atividades de controle desta endemia, em especial nos estados da região sul e sudeste do país. Coincidentemente, também houve redução dos estudos sobre o Tracoma no meio acadêmico.

Segundo estudos evidenciados por Schellini; Sousa, (2012), o mito da "erradicação" do Tracoma, em meados da década de 70 do século XX, permanece até os dias atuais. Apesar da pretensão mítica de “país desenvolvido” e a idealidade tecnológica visando a oportunidade de investimentos em aparelhos de alta tecnologia oftálmica, fez com que as unidades de oftalmologia da maioria das universidades “esquecessem” de averiguar com mais cautela a necessidade da população, deixando de identificar a doença visual ainda frequente na população mais vulnerável. Onde o diagnóstico para o Tracoma passou a não ser realizado por falta de capacitação profissional, inclusive dos oftalmologistas, talvez por falta de contato com pacientes portadores de Tracoma ou pelo desconhecimento da prática diagnóstica. Porém o MS vem mantendo as ações de controle nas regiões com maior prevalência da doença por meio de planejamentos, através da FUNASA, tendo o controle da doença por meio da Gerência Técnica Nacional de Endemias focais.

Nos últimos anos vários estudos foram realizados em diferentes estados, com o intuito de detectar a prevalência da doença. Entre os estados participantes dos estudos podem ser citados o estado de São Paulo, Alagoas, Roraima, Rondônia, dentre outros estados brasileiros. As populações abordadas nesse estudo foram às famílias de alta e baixa renda, onde foram examinadas a população infante – juvenil em idade escolar entre 05 e 14 anos, que pertenciam aos municípios considerados endêmicos. (BARROS et al., 2001).

Com base nos estudos realizados em diferentes estados e municípios pode se observar que a doença também está presente entre as comunidades indígenas do estado do Amazonas e no parque indígena do Xingu que apresentou altas prevalências da doença. (DANTAS, 2013).

Em outros estudos realizados no país destaca-se pesquisa realizada no estado de São Paulo, no município de Bauru onde a prevalência de Tracoma foi de 3,8%, que segundo a OMS, destaca Bauru com baixa prevalência da doença. Assim como Botucatu, município próximo, onde a prevalência no ano de 2005 entre escolares foi de 2,9%. (FERRAZ et al., 2010).

A OMS, em 1997, estabelece a Aliança Global para Eliminação do Tracoma até 2020 - (GET 2020), na qual o Brasil faz parte dessa e assume o compromisso de eliminação da doença. Foi, então nos anos de 1998, que passou a se recomendar para os países onde a doença é endêmica, a implementação da estratégia “SAFE” (do inglês, S: surgery, cirurgia para correção da triquíase naqueles com risco imediato de cegueira; A: Antibiotics, antibióticos para tratar casos individuais e reduzir a infecção em uma comunidade; F: Facial cleanliness and hygiene, promoção de limpeza facial e higiene para reduzir a transmissão e E: Environmental improvements, melhoramentos no ambiente, incluindo água para uso humano e saneamento) e higiene pessoal, com intuito de contribuir para a eliminação do doença como causa de cegueira até o ano de 2020. (WHO, 1997).

A partir da criação da Aliança Global para o extermínio do Tracoma como a principal causa de cegueira, sob a liderança da OMS, o Brasil tem apresentado participação ativa, e o MS tem aderido às metas para a eliminação da doença. Dessa forma, para subsidiar as ações de controle, houve a realização de inquéritos domiciliares em âmbito nacional para conhecer a prevalência e disseminação da

doença entre escolares, uma vez que inexistiam dados atuais de abrangência nacional. (LOPES et al., 2013).

Segundo, IBGE (2010a), o estado de Rondônia, é composto por uma população de (1.562.409 habitantes), o que equivale a aproximadamente 0,8% da população atual do Brasil, sendo este o terceiro maior contingente populacional da região norte. Apresenta baixa densidade demográfica, com apenas 6,6 habitantes por km², considerado pouco povoado. Apresenta crescimento demográfico, de 1,2% ao ano, seguido pelo fluxo migratório com destino ao estado. Na década de 70, o estado recebeu um média de 285 mil migrantes, oriundos de várias outras regiões do país, apresenta IDH-M abaixo da média nacional para todos os municípios do estado.

Os primeiros registros da doença no estado, ocorreram através da realização do Inquérito Epidemiológico Nacional do Tracoma – Etapa Rondônia 2007, realizado pela Secretária de Estado da Saúde (SES) e AGEVISA no período de Maio a Agosto de 2007. Foram examinados 8.202 escolares com 252 casos positivos para Tracoma, sendo eles com 98% com diagnóstico para forma inicial (TF), obtendo resultado de prevalência geral do Tracoma no estado de Rondônia para 3,07%. (CAPELETTE, 2013).

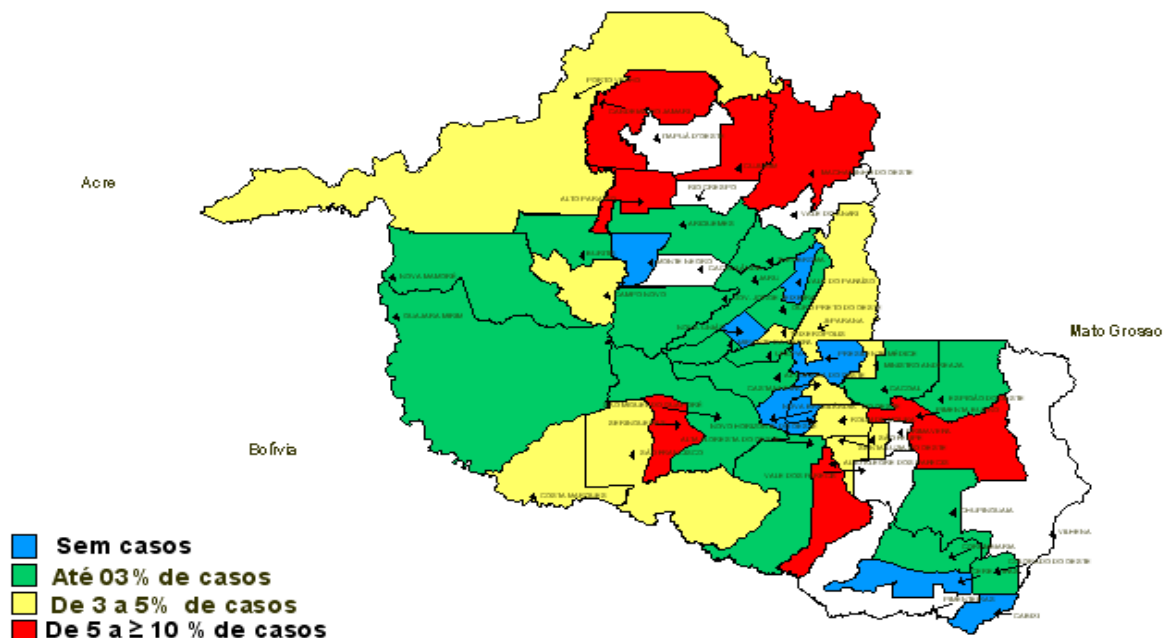


Figura 3 - Distribuição do Tracoma em Rondônia

Fonte: Inquérito Nacional do Tracoma ETAPA- RO 2007

3. CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO DE RONDÔNIA

O estado de Rondônia é uma das 27 unidades federativas do Brasil, criado pela Lei Complementar nº 41, de 22 de dezembro de 1981, está localizado na região norte, composto por 52 municípios e ocupa uma área de 23,76 milhões de ha. Rondônia é o 23º estado mais populoso do Brasil e o 3º da região Norte, com 1,58 milhões de habitantes. (IBGE, 2010a).

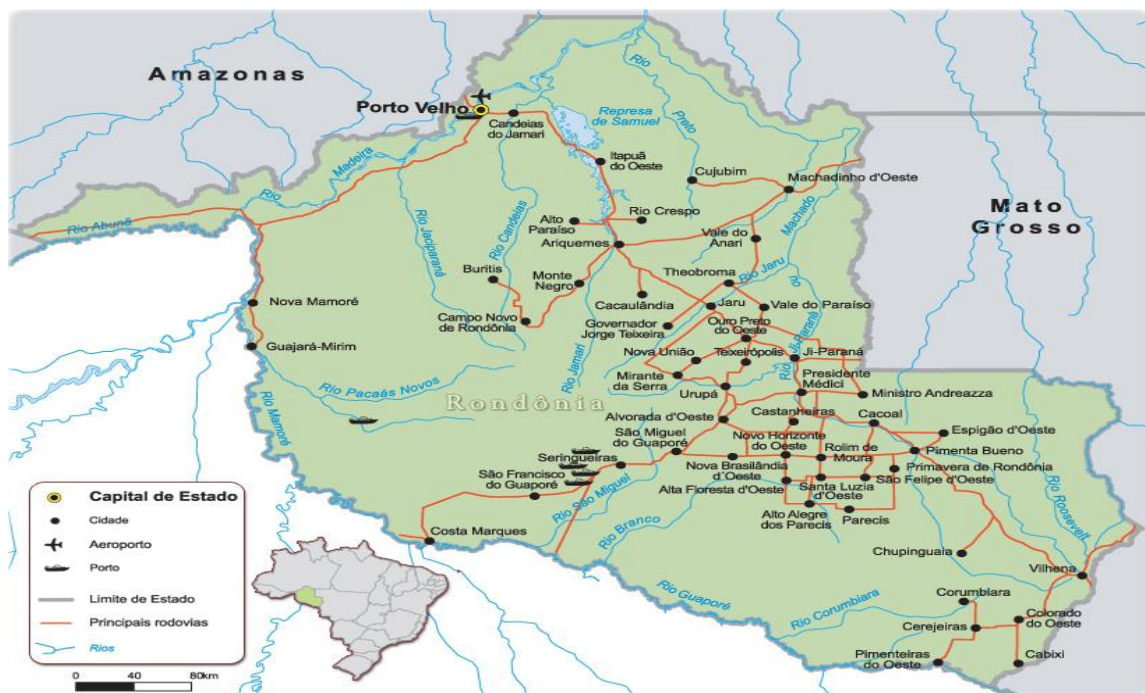


Figura 4 - Mapa do estado de Rondônia, Norte do Brasil.

Fonte: <http://www.guiageo.com/rondonia.htm>

A grande maioria da população de Rondônia reside em áreas urbanas (73,6%); os outros 26,4% habitam áreas rurais. O estado possui 52 municípios, sendo que a cidade mais populosa é Porto Velho, com 428.527 habitantes. Outros municípios com grande concentração populacional são: Ji-Paraná (116.610), Ariquemes (90.353), Cacoal (78.574), Vilhena (76.202), Jaru (52.005), Rolim de Moura (50.672) e Guajará-Mirim (41.646). (IBGE, 2010a).

O clima do estado é tropical quente e úmido, com médias de chuvas entre 1400 a 2600 mm por ano, a temperatura do ar nos meses mais frios é, em média, superior a 18 °C e nos meses mais quentes fica entre 30 e 35 °C, com a média geral variando entre 24 e 26 °C. A umidade relativa do ar varia de 80% a 90% no verão e em torno de 75%, no outono e inverno. (SEDAM, 2012).

Segundo a classificação do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o IDH do estado, em 2000, era de 0,537, e em 2010 (0,690), sendo assim se classifica como região prioritária, pois encontra-se abaixo do IDH-M nacional, e sua economia se destaca como principais atividades a pecuária, a agricultura, a indústria alimentícia e o extrativismo mineral e vegetal. (IBGE, 2010b).

3.1 REGIÃO VALE DO JAMARI

O Território Vale do Jamari, popularmente conhecido como região Vale do Jamari, faz parte da Mesorregião Leste do Estado de Rondônia, é um espaço físico, geograficamente definido, contínuo, composto pelos municípios de Alto Paraíso, Ariquemes, Buritis, Cacaulândia, Campo Novo de Rondônia, Cujubim, Machadinho do Oeste, Monte Negro e Rio Crespo, abrange uma área de 32.141,20 km². Sua população está estimada em 222,668 habitantes. A densidade demográfica da região é de aproximadamente 6,9 habitante/Km², sendo o município de Ariquemes o mais populoso. (BRASIL, 2011).

Todos os municípios do Território do Vale do Jamari apresentam-se com características rurais, somente que apresentam índices de urbanização superior a 50%, são os municípios de Ariquemes e Buritis, devido ao fato do município de Ariquemes apresentar índice elevado de rede comercial bem desenvolvida e por ter um setor industrial instalado, que oferece mão-de-obra não qualificada da região e Buritis por estar relacionado a atração de migrantes na perspectiva de acesso à terra. Esse índice elevado apresentam 74% e 59,7% respectivamente, da população na

área urbana. Os demais municípios apresentam índices de urbanização inferiores a 50%. Os municípios de Campo Novo de Rondônia e Rio Crespo possuem características essencialmente rurais, pois se originaram de Núcleos Urbanos dos Assentamentos Rurais (NUAR). Apresenta clima equatorial quente e úmido, por estar no reverso da Encosta Setentrional do Planalto Brasileiro, recebe influências das massas de ar do Brasil Central, que por sua vez influencia na dinâmica das chuvas. A temperatura média está em torno dos 25°C anuais e o índice pluviométrico varia de 150 mm a 2.000 mm. O período seco corresponde aos meses de maio e setembro. Sua economia está baseada em atividades rurais, sendo as mais praticadas a lavoura, pecuária bovina, a produção de horticultura e produtos de viveiro, silvicultura e exploração florestal, pesca, aquicultura e carvão vegetal. (BRASIL, 2006a).

3.2 TRACOMA EM RONDÔNIA

O conhecimento de base epidemiológica do Tracoma em Rondônia ocorreu por meio de realização do Inquérito Epidemiológico Nacional do Tracoma- Etapa Rondônia 2007, que teve por objetivo detectar os casos positivos de Tracoma no estado. O Inquérito foi realizado em 45 municípios selecionados pelo MS, segundo o tamanho das cidades e indicadores de qualidade de vida (IDH abaixo de 0,764). (IBGE, 2000). Dentre os municípios selecionados foram contemplados os municípios da região de saúde do Vale do Jamari, sendo participantes da campanha por classificação prioritária os seguintes: Alto Paraíso, Ariquemes, Buritis, Campo Novo, Cujubim, Machadinho e Monte Negro. A meta nacional pactuada foi de realizar 7.200 exames clínicos oculares em alunos de 1ª a 4ª séries das escolas da rede pública de ensino, sendo realizados 8.202 exames, superando a meta nacional pactuada (113,91%). Foram diagnosticados 252 casos de Tracoma em escolares, com uma taxa de detecção de 3,07%, situada dentro da média brasileira 3% para endemia focal.

Após o término do Inquérito Nacional do Tracoma os municípios com taxa de incidência e prevalência de Tracoma acima de 3% foram considerados municípios prioritários. (CAPELETTE, 2013).

4 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

4.1 FISIOPATOGENIA

O Tracoma é de origem etiológica caracterizada por uma bactéria Gram-negativa, a *Chlamydia trachomatis*, um microorganismo (aproximadamente 200 a 300 milimicras), que infecta obrigatoriamente os seres humanos como parasita intracelular, onde se adere favorecendo sua multiplicação, onde se forma o processo de inclusões citoplasmáticas, tendo como única fonte de infecção e reservatório conhecido para *Chlamydia trachomatis*, homens com infecção ativa na conjuntiva ou outras mucosas e crianças menores de 10 anos de idade e que apresente infecção ativa, também é considerado o principal reservatório do agente etiológico. A transmissão para o Tracoma pode ocorrer de forma direta, lesões inflamatórias ativas de olho a olho, com maior vulnerabilidade no início da doença ou indireta por compartilhamento de objetos contaminados, moscas ou mosquitos infectados. A transmissibilidade pode ser possível quando existirem as lesões ativas, na fase inicial da doença, ou com presença de infecções bacterianas associadas. (BRASIL, 2014a).

A *Chlamydia trachomatis* tem vários sorotipos: os de A a K são causadores do Tracoma, da conjuntivite de inclusão e das uretrites e cervicites sexualmente transmissíveis. Os L1, L2 e L3 são os agentes do linfogranuloma venéreo. Os sorotipos A, B, Ba e C são tradicionalmente associados ao Tracoma. Os sorotipos D, E, F, G, H, I, J e K estão associados as doenças sexualmente transmissíveis e a conjuntivite de inclusão (também chamada de para Tracoma). Porém, estudos que

minimizam papel dos diferentes sorotipos no desenvolvimento do Tracoma e das conjuntivites de inclusão, sendo considerado como um dos fatores determinantes para o desenvolvimento dos quadros de Tracoma, a resposta imunológica a infecções repentinas pela *Chlamydia trachomatis*, entres os sorotipo de A a K. (BARROS et al., 2001).

Como destaca Brasil, (2005):

O período de incubação é de cinco a doze dias, a transmissibilidade ocorre na presença de lesões ativas nas conjuntivas o que pode durar anos. Todos os indivíduos são susceptíveis à doença, sendo as crianças as mais sensíveis, inclusive às reinfecções. Embora a Clamídia seja um agente de baixa infectividade, é vasta a sua distribuição no mundo. Não se observa imunidade natural ou adquirida à infecção pela *Chlamydia trachomatis*. (BRASIL, 2005, p. 722).

4.2 BASES DIAGNÓSTICAS DO TRACOMA

O diagnóstico do Tracoma é essencialmente clínico, realizado por meio de um exame ocular externo, por profissional de saúde capacitado, utilizando lupa binocular de 2,5 vezes de aumento, acompanhado de uma iluminação adequada. A realização do exame para diagnóstico do Tracoma deve ser minucioso e atentar aos sinais específicos na conjuntiva tarsal superior, observar as pálpebras, cílios e a córnea, verificando-se a presença ou a ausência de entrópio, triquíase e opacificações corneanas. Em seguida, deve-se evertir a pálpebra superior e examinar a área central da conjuntiva tarsal, desprezando as margens das pálpebras e os cantos, Onde cada olho deve ser examinado separadamente. (BARROS et al., 2001).

Os sinais e sintomas apresentado pelo Tracoma são: lacrimejamento, ardor, fotofobia, sensação de corpo estranho, prurido e secreção mucopurulenta, em pequena quantidade. Em muitos casos o Tracoma é assintomático (forma inflamatória). Os casos de TT podem ter dor intensa e fotofobia provocada pelos cílios tocando o globo ocular, olho seco e diminuição da acuidade visual, além das úlceras corneanas e da inflamação crônica (Fase sequelar). (BRASIL, 2007).

4.3 QUADRO CLÍNICO

Segundo estudos, as manifestações clínicas do Tracoma podem se dividir em cinco etapas clínicas, sendo duas formas ativas em fase inflamatória e transmissível da doença, e outras três formas que são de caráter não transmissível, porém sequelares em decorrência do processo repentino de infecções e cicatrização.

Ao que apresenta Dantas (2013), as formas ativas em fase inflamatória e transmissível da doença são:



Iniciam-se sob a forma de uma conjuntivite folicular, apresentando 05 ou mais folículos de forma arredondada, brilhante e mais pálidos que a conjuntiva, ao seu redor com hipertrofia papilar que se estende por toda a conjuntiva, em especial na conjuntiva tarsal superior.

Figura 5 - Tracoma Inflamatório Folicular (TF) :

Fonte: Cartão de Gradação de Tracoma/OMS



Em casos mais brandos os folículos podem diminuir espontaneamente, com espessamento predominantemente difuso da conjuntiva tarsal, geralmente enrugada, de cor avermelhada, com redução de 50% da visualização de vasos tarsais profundos, em casos mais severos eles crescem e necrosam.

Figura 6- Tracoma Inflamatório Intenso (TI)

Fonte: Cartão de Gradação de Tracoma/OMS

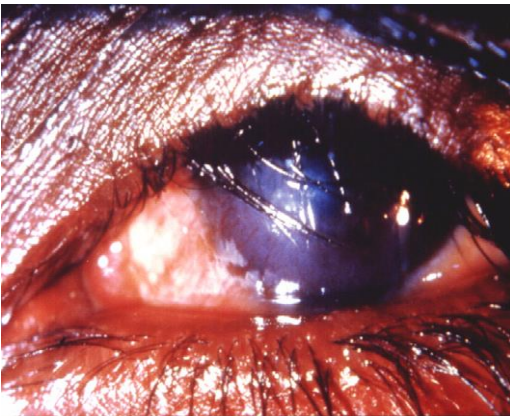
FORMAS SEQUELARES E NÃO TRANSMISSÍVEIS:



A necrose dos folículos leva ao crescimento de pequenos pontos cicatriciais na conjuntiva ocular. Após reinfecções repentinas, um número elevado de pontos cicatriciais se forma, desenvolvendo à formação de cicatrizes mais extensas. Onde são facilmente visualizados como linhas esbranquiçadas, fibrosas com bordas retas angulares ou estreladas.

Figura 7- Tracoma Cicatricial Conjuntival (TS)

Fonte: Cartão de Gradação de Tracoma/OMS



Após, algum tempo essas cicatrizes podem tracionar em especial a pálpebra superior, levando a sua distorção, o entrópio, contribuindo com que um dos cílios entre em atrito com o globo ocular (triquíase), ou há evidencia de recente remoção de cílios invertidos.

Figura 8- Triquíase Tracomatosa (TT)

Fonte: Cartão de Gradação de Tracoma/OMS



Facilmente visualizada, deve apresentar intensidade suficiente para obscurecer pelo menos uma parte da margem da pupila. Os cílios invertidos tocando a córnea provocando ulcerações e formação de cicatrizes e opacificação corneana, contribuindo para a diminuição da acuidade visual ou até a cegueira.

Figura 9- Opacificação Corneana (OC)

Fonte: Cartão de Gradação de Tracoma/OMS.

5 TRATAMENTO

Segundo o MS o objetivo do tratamento do Tracoma é a cura da infecção em nível populacional, com objetivo de interromper a cadeia de transmissibilidade da doença, diminuindo o círculo do agente etiológico entre a comunidade, objetivando à redução frequente de reinfecções e gravidade dos casos. (BRASIL, 2014a).

De acordo o MS, O tratamento preconizado deve ser:

Azitromicina Suspensão 600 mg/5ml: dose 20 mg/kg de peso em dose única, via oral.

Azitromicina Comprimido 500mg: dose 2 comprimidos ou seja, 1g para pacientes acima de 50kg, dose única, via oral.

Esse medicamento é distribuído pelo MS, nas apresentações de comprimidos de 500 mg e suspensão de 600 mg. Seu uso está regulamentado pela Portaria do MS/GM nº 67, de 22 de dezembro de 2005.

5.1 Tratamento Tópico

Tetraciclina a 1%: pomada oftálmica usada 2 vezes ao dia durante 6 semanas.

Sulfa: colírio usado quatro vezes ao dia durante seis semanas.

Azitromicina a 1,5%: colírio instilado duas vezes ao dia durante três dias. Atualmente a maioria deles não se encontra disponível no mercado brasileiro e são indicados na falta de Azitromicina sistêmica, e os dois primeiros, nos casos de hipersensibilidade à Azitromicina.

5.1.1 Tratamento Sistêmico

Eritromicina: 250 mg, quatro vezes ao dia durante três semanas (50 mg/kg de peso ao dia).

Doxiciclina: 100 mg/dia, via oral, duas vezes ao dia, durante três semanas (somente para maiores de 10 anos).

5.1.2 Tratamento Cirúrgico

Para todos os casos que apresentar positividade para entrópio palpebral e TT, devem ser encaminhados para avaliação oftalmológica, afim de verificar a necessidade de procedimento cirúrgico, que viabilize a correção das pálpebras. É de suma importância o profissional orientar aos pacientes que a cirurgia das pálpebras pode não ter eficácia, podendo levar a necessidade de uma nova intervenção cirúrgica, pois em alguns casos há alta taxa de recidiva, mesmo com as melhores intervenções cirúrgicas. Sendo importante que todos os pacientes que apresentarem casos de CO devem ser encaminhados ao serviços de saúde com referência oftalmológica, que medirá a acuidade visual, estes devem ser orientados também que mesmo após realizarem cirurgia de transplante de córnea, nos casos de CO, quando houver indicação, geralmente não apresenta bons resultados. Sabendo se que é de relevância, além do tratamento medicamentoso, a importância de realizar ações com medidas educativas para a promoção em saúde, destacando a importância da higiene pessoal e familiar, como por exemplo a limpeza do rosto, o destino adequado do lixo e acesso a água tratada. (BRASIL, 2005).

6 FATORES LIGADOS AO TRACOMA

Os fatores que contribuem para a investigação epidemiológica do Tracoma, se destaca para populações que apresentam maior vulnerabilidade para o desenvolvimento da doença, onde as populações mais vulneráveis que se encontram em áreas escolares e domiciliares situadas em áreas de risco social de municípios indicadores de precária qualidade de vida, com IDH-M menor que a média nacional ou em área endêmica para a doença. A doença está relacionada com a pobreza e deficientes condições de saneamento básico, presença de insetos vetores, grande acúmulo populacional, deslocamentos populacionais e baixos nível educacional e cultural, destacando se entre as populações menos favorecidas, e em países subdesenvolvidos, tornando se prevalente por todo o mundo.

Como doença negligenciada, destaca Schellini e Sousa:

O Tracoma é considerado pelas organizações internacionais do campo da saúde como uma das “doenças negligenciadas”, doença para a qual tem havido pouco ou nenhum investimento da indústria, no desenvolvimento de novas técnicas de diagnóstico, medicamentos e vacinas. Essa doença tem sido negligenciada inclusive pela academia, o que se pode constatar pelo pequeno número de estudos e publicações sobre ela. (SCHELLINI; SOUSA, 2012).

No Brasil, o Tracoma continua a ser endêmico em várias unidades da federação, apesar de já ter sido considerado erradicado na década de 1970, quando a realização de campanhas pelo MS, impactou profundamente na incidência e na prevalência da doença no país. (BARROS et al., 2001).

O Tracoma ainda continua a ser um grave problema de saúde pública, onde se deve destacar a importância de adotar melhores medidas de vigilância e controle, a fim de implementar a visão para a eliminação do Tracoma.

6.1 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DO TRACOMA

O tracoma é uma doença sob vigilância nacional e seu registro é realizado no SINAN. Não é uma doença de notificação compulsória, sendo de notificação obrigatória em algumas unidades federadas. No entanto, é uma doença sob Vigilância Epidemiológica (VE), e que exige a realização de registros sistemáticos dos casos detectados e tratados, de modo a manter informações sobre a situação epidemiológica da doença na região, permitindo avaliar a sua categorização e impacto das ações de controle desenvolvidas. (BRASIL, 2005).

Em alguns estados o Tracoma é considerado uma doença de caráter obrigatório para notificação compulsória, mas para outros como por exemplo Rondônia, a doença não é considerada de notificação, porém é uma doença sob VE. O Tracoma é classificado como uma doença negligenciada, que requer uma valia de registros em formulários específicos ou através de sistematização, como por exemplo no SINAN-Net, do MS este foi formalizado para ser manuseado a partir dos centros de saúde, considerando o objetivo de coleta e de processamento de dados em nível nacional, desde o nível local. (BRASIL, 2014a).

Segundo Laguardia et al., (2004) “Os sistemas de informação são importantes ferramentas para a definição de prioridades no setor saúde. Sendo o sistema de informação oficial de notificação dos casos de Tracoma o SINAN”.

O Sistema de Vigilância epidemiológica (SVE) do Tracoma, é categorizado por meio de planilhas eletrônicas (Anexo I), utilizadas como complemento para a coleta de dados realizada em municípios brasileiros, onde essas informações são enviadas periodicamente, à Gerência Técnica do Tracoma na Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação – CGHDE na Secretária de Vigilância em Saúde (SVS) do MS. As Unidades Federadas enviam o consolidado de dados de atividades do Tracoma dos municípios a cada 6 meses. (DANTAS, 2013).

O processo de notificação do Tracoma foi incluído no SINAN-Net a partir de 2007, como agregado de casos - Inquérito de Tracoma. Por não ser de notificação

compulsória passou a ser pré-estabelecido o registro de todos os examinados nos Inquéritos, e mais detalhadamente os casos positivos encontrados, bem como suas respectivas formas clínicas e encaminhamentos para tratamento ou cirurgia corretiva para os casos de TT. (BRASIL, 2009a).

7 DOENÇA NEGLIGENCIADA X NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

A OMS e a organização Médicos Sem Fronteiras classificaram doenças negligenciadas, referindo-se a enfermidades de caráter transmissível, que apresente maior vulnerabilidade em países subdesenvolvidos, e “mais negligenciadas”, exclusivas dos países em desenvolvimento. Essas denominações superam o determinismo geográfico relacionado ao termo “doenças tropicais”, pois contemplam as dimensões de desenvolvimento social, político e econômico. (MOREL, 2006).

Doença negligenciada ou doenças tropicais fazem parte de um grupo de doenças de caráter infeccioso, que pode afetar o desenvolvimento econômico, algumas podem causar incapacidades crônicas de longa duração e prejudicar o desenvolvimento humano nas comunidades pobres e desprivilegiadas na qual elas são mais prevalentes. O estigma social, o preconceito, a marginalização, a pobreza extrema das populações atingidas, impacto na saúde infantil interferindo no crescimento e desenvolvimento intelectual e a baixa mortalidade são fatores que contribuem para a negligência a estas doenças. (BRASIL, 2010).

Com base em estudos evidenciados pela ANVISA (2007) – Agência Nacional de Vigilância Sanitária destaca que:

As doenças negligenciadas apresentam características comuns, como o índice de endemicidade elevado nas zonas rurais e urbanas menos favorecidas de países subdesenvolvidos, além da escassez de pesquisas para o desenvolvimento de novos fármacos. Dessa forma, as doenças negligenciadas por não apresentar fins lucrativos

para o desenvolvimento de medicamentos, quer seja por sua baixa prevalência, ou afetar comunidades em regiões de baixo nível de desenvolvimento, esses fatores passam a ser os contribuintes por afetar não apenas regiões empobrecidas, como também são condições promotoras de pobreza.

Garcia et al., (2011) afirma que: apesar do Brasil apresentar alta ocorrência de doenças negligenciadas, os gastos do MS com medicamentos para os programas que atendem doenças negligenciadas são menores em relação à despesa com outros programas, como o da AIDS, por exemplo. Talvez por não haver medicamentos novos para o tratamento das doenças negligenciadas que seriam, portanto, sujeitos à proteção patentária e, conseqüentemente, mais caros. Os medicamentos antigos para tratamento das doenças negligenciadas muitas vezes são tóxicos e pouco efetivos, além de requerer períodos de administração longos e causarem diversos efeitos colaterais. Porém o Brasil é um dos países em desenvolvimento que mais investe recursos em estudos de novas formas de tratamento para as doenças negligenciadas.

Notificação Compulsória é um registro de obrigatoriedade que visa a universalização de notificações, na qual viabilizam o rápido controle de eventos que requerem pronta intervenção. Para a construção do Sistema de Doenças de Notificação Compulsória (SDNC), cria-se uma Lista de Doenças de Notificação Compulsória (LDNC), onde cujas doenças são classificadas por critérios específicos para a VE, sendo eles a magnitude, potencial de disseminação, transcendência, vulnerabilidade, disponibilidade de medidas de controle, que viabilizem o compromisso internacional com programas de eliminação da doença. A notificação compulsória em conjunto com a VE, tem o objetivo de destacar a ocorrência de doenças e outros agravos considerados prioritários, seus fatores de risco e suas tendências, além de planejamento, execução e avaliação de medidas de prevenção e controle. A notificação compulsória são realizadas em situações onde a normalidade legal obriga aos profissionais de saúde e pessoas da comunidade a comunicar a autoridade sanitária a ocorrência de doença ou agravo que estão sob vigilância epidemiológica. (TEIXEIRA et al., 1998).

8 INTERAÇÃO BRASIL SEM MISÉRIA E DOENÇAS NEGLIGENCIADAS EM PROL DA ERRADICAÇÃO DA POBREZA EM CONJUNTO COM PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

O plano Brasil sem miséria, lançado pelo Governo Federal em 2011, tem o objetivo em enfrentar o ciclo da pobreza, o plano está interligado aos resultados apresentados por programas de desafios da pobreza, como Fome Zero e Bolsa Família. A estratégia do Brasil sem Miséria tem uma ênfase maior, pois não envolve apenas repasse de renda com condicionalidades vinculadas à educação e à saúde, como no Bolsa Família, pois apresenta também a ampliação e melhor comodidade no que se refere ao acesso aos serviços públicos e oportunidades, com inteira participação e produtividade urbana e rural. (CAMPELLO; FALCÃO; COSTA, 2014).

Em destaque ao combate as doenças relacionadas a pobreza, o plano Brasil sem Miséria prioriza algumas delas, que segundo a OMS, estas são definidas como doenças negligenciadas ou doenças tropicais, como também são chamadas e estão fortemente associadas a pobres. Pois existe mais de um bilhão de pessoas em todo o mundo que são acometidas por essas doenças e isso faz com que ocorra a classificação das pirâmides etárias entre os ricos e pobres de modo muito diferente, fator este que contribui para a iniquidade social geradora de iniquidade na vida. (WHO, 2010).

A realidade brasileira, conceituada pelas desigualdades sociais e pela pobreza, classifica-se em impedimento para o avanço do desenvolvimento humano, caracterizando-se em um ciclo vicioso, tornando-o como maior desafio a ser superado. O que chamamos de ciclo vicioso, está baseado em desigualdades socioeconômicas que se resulta em pobreza e exclusão social, contribuindo para novos impactos negativos sobre as condições de vida e saúde desfavorável e tornando assim mais acentuadas as injustiças sociais no país. (COTTA et al., 2007).

No que diz respeito a saúde, as doenças decorrentes da pobreza propagam o ciclo vicioso, uma vez que, por algum motivo objetivar a exclusão socioeconômica, irá

de alguma forma contribuir para que a situação de pobreza perpetue entre as gerações. Existem algumas doenças como a tuberculose, hanseníase, verminoses como a ancilostomíase e esquistossomose, malária, doença de chagas, leishmaniose e tracoma que são doenças características da pobreza e estão relacionadas às más condições de higiene e saneamento. Essas doenças, além de apresentar um alto fator contribuinte para a pobreza, favorecem ainda o crescimento do ciclo vicioso, fazendo com que a população brasileira percam o seu poder, tempo e força de trabalho, gerando incapacidades físicas e de aprendizado, diminuindo suas chances de desenvolvimento humano. Todos esses fatores vem em contramão das políticas públicas que têm sido desenvolvidas e implantadas contra a miséria no Brasil. (ARAÚJO, 2011).

O Governo Federal tem investido em vários programas e projetos a fim de desmistificar a qualidade de vida apresentada pelas populações mais vulneráveis as classes da pobreza. Com base nesses projetos que houve a criação do Programa Saúde na Escola (PSE), instituído por Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de Dezembro de 2007. Que foi baseado em um trabalho integrado entre o MS e o Ministério da Educação, essa integração tem finalidade de expandir ações específicas de saúde aos alunos da rede de ensino de caráter público. (BRASIL, 2008).

Através da integração das redes públicas de saúde e de educação e outras demais redes de grande importância para o meio social, que contribui para o desenvolvimento de ações interligadas ao PSE, resulta em mais do que oferta de serviços, pois viabiliza a sustentabilidade de ações envolvidas ao programa, como por exemplo a inter-relação entre a rede de ensino e rede básica de saúde no âmbito escolar. O PSE é um método de interação da saúde e educação a fim de contribuir para a desenvoltura da população e da qualificação das políticas públicas que melhor favoreça os direitos e deveres dos cidadãos brasileiro, contribuindo para melhor sustentabilidade e qualidade de vida social ligadas a educação e a saúde. (BRASIL, 2014b).

Segundo BRASIL (2006b), existe cerca de 50 milhões de crianças e adolescentes que compõe o nível escolar entre ensino infantil, fundamental e nível médio que estão sendo acessíveis a ações educativas de promoção e assistência à saúde por meio do sistema educacional brasileiro.

Com base em estudos, pode se afirmar que as más condições de vida e saúde precária enfrentada pela população brasileira, torna se um fator contribuinte para a exposição a graves riscos de adoecimentos e vulnerabilidade, e que exigem um olhar prioritário de ações que apresente eficácia pelo sistema de saúde em conexão com outros setores, em especial o setor educacional e ação social, afim de torna a sociedade igualitária. Cabe aos gestores do programa estar embasados de conhecimento técnico científico, o suficiente para que possam atender essa demanda de modo que venha a suprir a necessidade destes usuários, uma vez que esses gestores terão papel relevante de contribuir com as necessidades específicas desses estudantes. Podendo ofertar conhecimento que irão contribuir para a formação dessa população, preparando esta, para uma vida igualitária ao convívio social contribuindo a formação da cidadania. (BRASIL, 2009b).

Para Demarzo; Aquilante, (2008):

A escola é espaço de grande relevância para promoção da saúde, principalmente quando exerce papel fundamental na formação do cidadão crítico, estimulando a autonomia, o exercício de direitos e deveres, o controle das condições de saúde e qualidade de vida, com opção por atitudes mais saudáveis. As iniciativas de promoção da saúde escolar constituem ações efetivas para a consecução dos objetivos citados, o que pode ser potencializado no Brasil pela participação ativa das equipes de Saúde da Família. (DEMARZO; AQUILANTE, 2008).

Em concordância com Brasil (2012a), a interligação entre o PSE nos estados e municípios deve ser atribuídos para o envolvimento de ações de educação em saúde com o intuito de integrar esforços para a prevenção e melhores condições de higiene facial em âmbito da saúde em escolares. Considera-se que Medidas podem ser adaptadas aos setores de abastecimento de água e saneamento a fim de contribuir para a eliminação do Tracoma enquanto causa de cegueira. A articulação Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) é essencial para a definição de redes de referência oftalmológica para a avaliação de casos suspeitos de TT e realização de cirurgia e acompanhamento pós-cirúrgico, bem como interação com a área de assistência à saúde e programas de Estratégia Saúde da Família (ESF) e de saúde escolar, nas diversas instâncias de gestão.

9 CRITÉRIOS PARA A SELEÇÃO DOS MUNICÍPIOS PARTICIPANTES DO INQUÉRITO EPIDEMIOLÓGICO E CAMPANHA DE ERRADICAÇÃO DO TRACOMA

O MS adotou como metodologia para o enfrentamento do tracoma, a realização de Inquérito Epidemiológico que visa destacar municípios com prioridades para participação do projeto, tendo como requisito apresentar o IDH-M menor que a média nacional, sendo considerado como valor referência (IDH abaixo de 0,764), sendo assim considerado como municípios prioritários para a participação do Inquérito.

Para realizar o Inquérito Epidemiológico Nacional de Tracoma - Etapa Rondônia, iniciou-se pela capacitação de entrevistadores, sendo selecionados 12 entrevistadores e 06 motoristas do Estado, auxiliados por 24 examinadores de fora do Estado (MS/FUNASA). Foram formadas 12 equipes que se deslocaram em 03 períodos distintos para atividades de campo nos locais selecionados para realização do Inquérito. O Inquérito foi realizado em 45 municípios selecionados pelo MS, segundo o tamanho das cidades e indicadores de qualidade de vida (IDH abaixo de 0,764). (IBGE, 2000). Não foram contemplados pelo Inquérito os municípios: Primavera, Vilhena, Pimenteiras, Cacaulândia, Rio Crespo, Itapuã d'Oeste e Parecis.

A meta nacional pactuada foi de realizar 7.200 exames clínicos oculares em alunos de 1ª a 4ª séries das escolas da rede pública de ensino, sendo realizados 8.202 exames, superando a meta nacional pactuada (113,91%). Foram diagnosticados 252 casos de Tracoma em escolares, com uma taxa de detecção de 3,07%, situada dentro da média brasileira (3%) para endemia focal. Após o término do Inquérito Nacional do Tracoma os municípios com taxa de incidência e prevalência de Tracoma acima de 3% foram considerados municípios prioritários. A região vale do Jamari participou do Inquérito Epidemiológico do Tracoma, onde a regional de saúde de Ariquemes, foi a que apresentou maior número de municípios com prevalência acima de 5% no Inquérito nacional realizado em 2007. Durante os anos de 2008 a 2013, os municípios realizaram as ações de vigilância do Tracoma, e o município de Machadinho participou da campanha com a prevalência de 4,40%. (CAPELETTE, 2013).

A realização de Inquéritos domiciliares preconizado pela OMS, tem a finalidade de apresentar as amostragens na áreas de maior probabilidade de disseminação da doença. Um dos requisitos eleitos são os municípios que apresentam indicadores de pobreza definidos pelo IBGE, sendo considerado áreas de riscos para a proliferação do Tracoma, as comunidades que apresentam positividade para a doença com prevalência maior ou igual a 5%, em menores de 10 anos, e situações em que a prevalência para TT apresentar positividade para 1 caso por 1.000 habitantes. Com base nesses resultados são considerados municípios prioritários para a realização de ações de educação em saúde viabilizando o controle e tratamento da doença promovendo a eliminação do Tracoma como causa de cegueira, conforme descreve a OMS. (BRASIL, 2012a).

O tratamento para eliminação do Tracoma, apresenta prioridade em comunidades onde há prevalência de Tracoma ativo. Em crianças de 1 a 10 anos com prevalência igual ou maior do que 10% deve-se realizar tratamento em massa de toda a comunidade por três anos consecutivos. As atividades de controle e VE devem direcionar se para os locais onde há maior probabilidade de ocorrência do Tracoma, isto é municípios com IDH-M menor do que a média nacional, bolsões de pobreza, principalmente na periferia das grandes cidades, áreas indígenas e quilombolas, e locais que historicamente são endêmicos para a doença. Em municípios que não apresente situações vulneráveis para a disseminação do Tracoma conforme descrito acima, deve ser feito o mapeamento das áreas de risco quando houver histórico de novos casos, considerando os fatores predisponentes como territórios e comunidades que apresentam baixos indicadores de qualidade de vida. E em áreas antigas consideradas hiperendêmicas será ampliado o controle de busca ativa de casos de TT em população adulta para triagem e encaminhado para realização de cirurgia caso seja necessário. Sendo importante continuar o controle de VE para locais classificados pela OMS, como livres para a doença, pois por ser uma doença de carácter recidivante, é de suma importância o monitoramento continuo da doença. (BRASIL, 2012a).

10 ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICA DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO EM CONJUNTO COM A ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE NO CONTROLE DO TRACOMA

A contribuição da Atenção Primária a Saúde (APS) em conjunto com a vigilância é de fundamental importância para o controle e eliminação do Tracoma em causa de cegueira. A ESF em parceria com o Sistema Único de Saúde (SUS) possui acesso as populações mais vulneráveis, identificando os riscos e causas contribuintes para a disseminação da doença. Essa parceria consiste na desenvoltura de melhores conscientização através de programas de educação em saúde, a fim de ofertar orientações preventivas e tratamento da doença. Um dos fatores que dificulta os serviços de atenção à saúde, são a falta de preparo técnico científico entre os gestores e profissionais da saúde em relação ao Tracoma. Sendo viável, mediante essa carência de conhecimento. Cabe aos gestores promover treinamentos e capacitações aos profissionais atuantes, com intuito de garantir melhoria na qualidade de serviços de saúde, objetivando medidas preventivas e controle a fim de eliminação da doença como causa de cegueira. (BRASIL, 2014a).

Em 2001, o MS publicou o Manual de Controle do Tracoma, com o intuito de informatizar e capacitar os profissionais de APS, para o controle da doença. Dentre as atividades de VE e controle para a erradicação do Tracoma foram destacados: triagem e detecção de casos, tratamento e acompanhamento, monitoramento da situação epidemiológica, registro no (SINAN Net – Inquérito de Tracoma), ações de educação em saúde e investigação dos comunicantes. (BARROS et al., 2001).

Segundo Brasil (1986), mediante a regulamentação profissional, considera –se que o diagnóstico clínico-epidemiológico do Tracoma realizado por meio de exame ocular externo pode ser realizado por profissional de saúde capacitado e treinado para atender a demanda. Sendo assim, pode se destacar no que ressalta a Lei do Exercício Profissional (7.498/86), é de incumbência do Enfermeiro, em consonância com a equipe de enfermagem a detecção de sinais e sintomas da doença, assim como a prescrição do antibiótico para o seu tratamento quando normatizado em protocolo

institucional e mediante a elaboração efetiva do processo de enfermagem, previsto na Resolução COFEN 358/2009. Aos Técnicos e Auxiliares de enfermagem compete a realização de ações de VE no controle do Tracoma e administração do medicamento prescrito, sob supervisão e orientação do Enfermeiro. (COFEN, 2009).

Com base nas atribuições específicas da equipe de enfermagem para o enfrentamento ao Tracoma, destaca: Brasil (2007), como atribuições do profissional enfermeiro e equipe técnica de enfermagem:

Enfermeiro

Realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, observadas as disposições legais da profissão.

Planejamento, gerenciamento, coordenação e avaliação das ações realizadas pelos auxiliares / técnicos de enfermagem e Agentes Comunitário de Saúde (ACS).

Participar das atividades de busca ativa dos casos.

Registro de casos confirmados, em ficha específica – e no SINAN NET, informando à Secretária Municipal de Saúde (SMS), que seguirá o fluxo definido neste Caderno.

Orientações aos profissionais multidisciplinares sobre o acompanhamento dos casos em tratamento.

Capacitar e supervisionar membros da equipe quanto às ações de vigilância epidemiológica e controle do Tracoma.

Equipe Técnica

Realizar procedimentos de sua capacidade específica.

Participar das atividades de busca ativa dos casos.

Registrar os casos confirmados, em ficha específica - e no SINAN NET, Informando à SMS.

Identificar casos de TT, pessoas com sinais e sintomas da doença e encaminhar à consulta médica (BRASIL, 2007, p. 133).

A realização da consulta de enfermagem como incumbência privativa do Enfermeiro, a prescrição da assistência de enfermagem e a prescrição de medicamentos está garantida no Decreto nº 94.406/87 que regulamenta a Lei nº 7.498/86 e estabelece:

[...]

Artigo 8º

Ao Enfermeiro incumbe:

I Privativamente:

[...]

- e) consulta de Enfermagem;
- f) prescrição da assistência de Enfermagem;

II como integrante da equipe de saúde:

- c) prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;
- g) participação na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral e nos programas de VE;
- i) participação nos programas e nas atividades de assistência integral à saúde individual e de grupos específicos, particularmente daqueles prioritários e de alto risco [...] (BRASIL, 1987).

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, aprovado pela Resolução COFEN nº 311/2007, estabelece nos artigos 12 e 13:

[...]

Art. 12 - Assegurar à pessoa, família e coletividade assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência.

Art. 13 - Avaliar criteriosamente sua competência técnica, científica, ética e legal e somente aceitar encargos ou atribuições, quando capaz de desempenho seguro para si e para outrem [...]. (COFEN, 2007).

11 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

O Tracoma está relativamente associado ao baixo nível socioeconômico, ainda que a doença possa estar susceptível a todos indivíduos, o fator contribuinte para o desenvolvimento da doença será o meio em que vivem. Sendo que algumas práticas interligadas ao processo educação em saúde podem ser trabalhadas. O PSE realizado em conjunto com ações educativas, tem apresentado um conjunto de fatores benéficos, por ter contribuído com a grande importância para a prevenção e controle de doenças, que estão presentes ao meio da população mais vulnerável. O programa objetiva a finalidade de criação de recursos e participação ativa da população para a desenvoltura do processo educativo. Sendo coerente o desenvolvimento de alguns pontos:

Planejamento de ações educativas em saúde, com o intuito de diagnosticar e ofertar tratamentos para os casos de tracomas detectados, como também oferecer conhecimento específico entre equipes multidisciplinar e os demais profissionais envolvidos ao projeto e a toda a comunidade.

Ter material de apoio o suficiente para a divulgação do projeto, através de divulgação completa da ação a ser desenvolvida.

Contar com meios de comunicação para a divulgação e prevenção da doença, como reforço de boas práticas de produção.

Encaminhar para serviços de oftalmologia quando ser fizer necessário. (BRASIL, 2002).

O PSE saúde apresenta uma excelente estratégia a fim de controle do Tracoma, com o intuito de conscientizar a população sobre a importância de manter os bons hábitos de higiene, sendo de suma importância a rotina de lavar o rosto das crianças diariamente, manter uso individual de pertences pessoais, por exemplo toalhas de rosto, fronhas de travesseiros, lençóis e demais outros pertences. (BRASIL, 2005).

A população deve ser orientada, sobre os aspectos rotineiros de higiene, sendo importante que não tenha dúvidas sobre o entendimento relacionado à doença, evitando que possa acontecer discriminação do paciente evidente de maus hábitos de higiene. Em relação ao tratamento, é de competência da equipe de saúde informar e orientar o usuário sobre o uso correto da medicação, tempo de tratamento e comparecimento para os retornos de avaliação clínica, a fim de melhor proficiência do tratamento. (BRASIL, 2009a).

Considera-se importante que orientações relacionadas a prevenção do Tracoma, devem ser privativos de programas de promoção da saúde ocular, em conjunto com a APS e saúde escolar. Sendo de grande relevância o preparo técnico dos profissionais de saúde e educação para que se possa identificar precocemente os sinais e sintomas apresentados pelo Tracoma e encaminhar os sintomáticos para a unidade de referência da comunidade. Em relação a visita domiciliar é de obrigatoriedade, em situações que os comunicantes dos portadores não possam comparecer ao local de referência para possível diagnóstico. As visitas devem ser programadas e definidas a partir do consentimento das pessoas envolvidas. O processo de divulgação e prevenção da doença devem ser realizados por meio de reuniões e preferencialmente discutidas em linguagem de fácil entendimento acompanhado de folders e folhetos explicativos. Sendo de maior eficácia para o processo educativos as reuniões realizadas em forma de entrevistas, sendo utilizados os meios de comunicação em massa para apoio em relação as propostas de serviços oferecidas a população sobre o enfrentamento a doença. (BRASIL, 2014a).

12 OBJETIVOS

12.1 OBJETIVO GERAL

Apresentar o perfil epidemiológico do Tracoma da população infanto-juvenil em idade escolar entre 05 a 14 anos, residentes aos municípios pertencentes à região Vale do Jamari.

12.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Destacar aspectos epidemiológicos do Tracoma no mundo, no Brasil e regional.

Identificar o perfil epidemiológico da população infanto-juvenil em idade escolar entre 05 a 14 anos, acometidas pelo Tracoma.

Destacar a prevalência do Tracoma em população infanto-juvenil em idade escolar eleita para o estudo, residentes nos municípios pertencentes à região do Vale do Jamari no período de 2008 a 2014.

Enfatizar as atribuições do profissional enfermeiro nas ações de enfrentamento do Tracoma.

Colaborar com informação para órgãos sanitários competentes dos níveis estaduais e municipais da região, além da publicação e apresentação em eventos científicos.

13 METODOLOGIA

13.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal descritivo, com abordagem quantitativa.

13.2 LOCAL DO ESTUDO

Esta investigação foi desenvolvida com base em dados secundários, obtidos no sistema de informação relativo ao Inquérito Epidemiológico Nacional de Tracoma – Etapa Rondônia 2007 e campanhas de controle do Tracoma, realizadas no período de 2008 à 2014, da Agência Estadual de Vigilância em Saúde - AGEVISA – RO / Sistema de Informação de Agravos de Notificação - (SINAN) / Coordenação Estadual do Programa Tracoma. Esclarece-se que foram analisados os dados pertinentes aos municípios pertencentes à região Vale do Jamari. O Território Vale do Jamari, popularmente conhecido como região Vale do Jamari, faz parte da Mesorregião Leste do Estado de Rondônia, é um espaço físico, geograficamente definido, contínuo, compreendendo cidades e espaços rurais dos municípios de Alto Paraíso, Ariquemes, Buritis, Cacaulândia, Campo Novo de Rondônia, Cujubim, Machadinho do Oeste, Monte Negro e Rio Crespo, abrange uma área de 32.141,20 km². Sua população está estimada em 222,668 habitantes. Dos quais 85.599 vivem na área rural, o que corresponde a 38,44% do total. Possui como principal fonte subsistência a agricultura com 16.020 agricultores familiar, destas, 15.842 famílias em regime de assentamento, sendo seu IDH médio de 0,72. A densidade demográfica da região é de aproximadamente 6,9 habitante/Km², sendo o município de Ariquemes o mais populoso. (BRASIL, 2011).

13.3 POPULAÇÃO E AMOSTRAGEM DO ESTUDO

A população do presente estudo é composta por população infanto-juvenil em idade escolar entre 05 e 14 anos que constam matriculadas em instituições de ensino da rede pública pertencentes à região vale do Jamari, no período de realização do Inquérito Epidemiológico Nacional de Tracoma – Etapa Rondônia 2007 e campanha de controle do Tracoma, no período de 2008 a 2014.

13.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os participantes do estudo foram selecionados sob os seguintes critérios de inclusão, a saber:

Fazer parte da população estudantil entre as idades eleitas para a pesquisa.

Estar devidamente matriculado nas redes de ensino pública no período do Inquérito dos municípios pertencentes a região Vale do Jamari;

Compor a campanha realizada no período de 2008 a 2014, como base de pesquisa para o referido estudo.

Critérios de exclusão:

Não compor a população estudantil eleita para o estudo.

Não estar devidamente matriculadas nas redes de ensino de caráter públicas no período em que foi realizado o Inquérito Epidemiológico Nacional de Tracoma – Etapa Rondônia 2007 e campanhas regionais no período de 2008 a 2014.

Não ter participado da população analisada segundo a campanha de controle do Tracoma realizada entre 2008 a 2014.

13.5 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA, localizada no município de Ariquemes/RO, aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, de acordo com o Ofício Circular nº 14/2013/CONEP/CNS/MS, obtendo parecer favorável para o desenvolvimento da pesquisa junto ao referido CEP, sob o n.º CAAE:44915015.2.0000.5601, parecer nº 1.129.913 em 29 de Junho de 2015, conforme (Anexo II). O estudo foi pautado no cumprimento das diretrizes estabelecidas pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos, a qual incorpora sob a ética do indivíduo e da coletividade, a autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, visando assegurar os direitos e deveres dos sujeitos da pesquisa, cabe destacar ainda, que foram garantidos o anonimato e o sigilo, respeito a privacidade, intimidade e liberdade de declinar de sua participação no momento que desejar (BRASIL, 2012b).

13.6 COLETA DE DADOS

Esta etapa foi realizada através de informações oriundas do banco de dados mediante os resultados apresentados nas campanhas anuais no período de 2008 a 2014, desenvolvidos pelas equipes do programa de controle do Tracoma do estado Rondônia, atuando nos municípios pertencentes a região vale do Jamari. Sendo realizada no período de Maio a Julho de 2015.

13.7 ANÁLISE DOS DADOS

Foram analisados os resultados apresentados segundo o inquérito epidemiológico de 2007, campanhas regionais de 2008 a 2014. A pesquisa apresenta abordagem quantitativa. Em dados tabulados pelo FormSus versão 3.0, SINAN versão e analisados pelo TabWin versão 3.6b. Para a análise utilizou-se a o programa TabWin e Microsoft Excel versão 2013. Para a comparação das frequências observadas entre variáveis, foi aplicado o teste de hipótese Qui-quadrado ao nível de significância 0,05.

14 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A realização da campanha em nível nacional para a eliminação e controle do Tracoma, teve início a partir dos resultados apresentados em Inquéritos domiciliares em população escolar realizada em nível nacional. Em Rondônia o primeiro Inquérito foi realizado em 2007, onde apresentou endemicidade da doença em vários municípios do estado. A meta nacional pactuada seria a realização de 7.200 exames oculares em escolares do 1º ao 4º ano da rede pública de ensino fundamental. Houve superação da meta e foram realizados 8.202 exames oculares, apresentando resultados de 252 casos positivos de Tracoma em todo o estado. Segundo os critérios de avaliação sugeridos pelo MS, para a classificação de municípios prioritários Rondônia apresentou uma taxa de detecção de 3.07% de casos positivos para o Tracoma, situada dentro da média brasileira (3%) para endemia focal. Após o término do inquérito nacional do Tracoma os municípios que apresentaram taxa de incidência e prevalência de Tracoma acima de 3% foram considerados municípios prioritários.

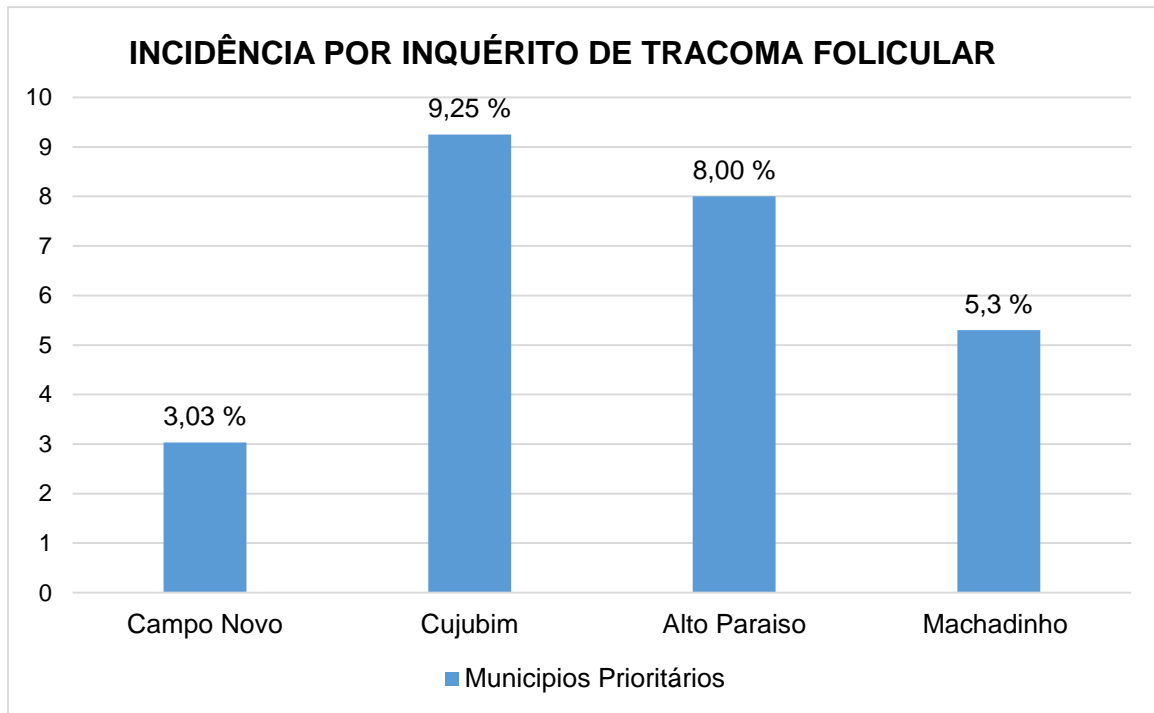
Os municípios foram organizados por área de abrangência conforme pactuação e decisão de colegiado de gestão de saúde regional, onde a regional de saúde pertencente a região Vale do Jamari se destacou por apresentar maior número de municípios com prevalência acima de 5%, sendo 98% dos casos com prevalência para Tracoma Inflamatório Folicular (TF).

Tabela 1 - Distribuição de casos de Tracoma segundo as taxas de detecção na Região Vale do Jamari 2007.

Taxa 0% (Nenhum Risco)	%	Taxa até 3% (Baixo Risco)	%	Taxa até 3,5% (Médio Risco)	%	Taxa entre 5 a 10% (Alto Risco)	%
Cacaulândia	0,0	Ariquemes	2,44	Campo Novo	3,03	Cujubim	9,25
Monte Negro	0,0	Buritis	0,62			Alto Paraíso	8,00
Rio Crespo	0,0					Machadinho	5,30

Fonte: adaptado de Inquérito Epidemiológico Nacional do Tracoma – Etapa Rondônia 2007

De acordo com os dados da tabela 1 é possível identificar que o inquérito com maior prevalência de TF foi em somente 06 dos municípios pertencentes a região Vale do Jamari. No gráfico 1 constam as informações relevantes aos municípios prioritários e com incidência acima de 3% para o Tracoma.



Fonte: adaptado de Inquérito Epidemiológico Nacional do Tracoma – Etapa Rondônia 2007

Gráfico 1: Incidência por inquérito de Tracoma Folicular (TF) municípios prioritários região Vale do Jamari 2007

Com base nos resultados obtidos no Inquérito Epidemiológico Nacional do Tracoma – Etapa Rondônia 2007, o MS propôs novas metas para a realização da campanha mundial em prol da eliminação da doença. A meta proposta e estabelecida para o estado de Rondônia, seria realização de no mínimo 5.000 exames oculares e realizar busca ativa de casos de Tracoma em 10% da população de escolares da rede pública do 1º ao 5º ano do Ensino Fundamental dos municípios prioritários. Durante os anos de 2008 a 2012, foram selecionados uma amostra de participantes da campanha em municípios pertencentes a região Vale do Jamari, onde estes participaram de ações de vigilância do Tracoma e houve os seguintes resultados conforme descreve o quadro 1.

Município	Pop. Exam.	Ano 2008 %	Pop. Exam.	Ano 2009 %	Pop. Exam.	Ano 2010 %	Pop. Exam.	Ano 2011 %	Pop. Exam.	Ano 2012 %
Alto Paraiso	43	11,63	43	7,74	0,0	0,0	43	1,33	43	2,54
Ariquemes	117	6,84	117	1,15	117	1,72	117	2,48	117	0,9
Buritis	27	18,52	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Campo Novo	570	0,18	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cacaulândia	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cujubim	107	6,54	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Machadinho	213	10,33	213	3,59	0,0	0,0	213	2,62	0,0	0,0
Monte Negro	0,0	0,0	0,0	0,0	484	2,06	0,0	0,0	0,0	0,0
Rio Crespo	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

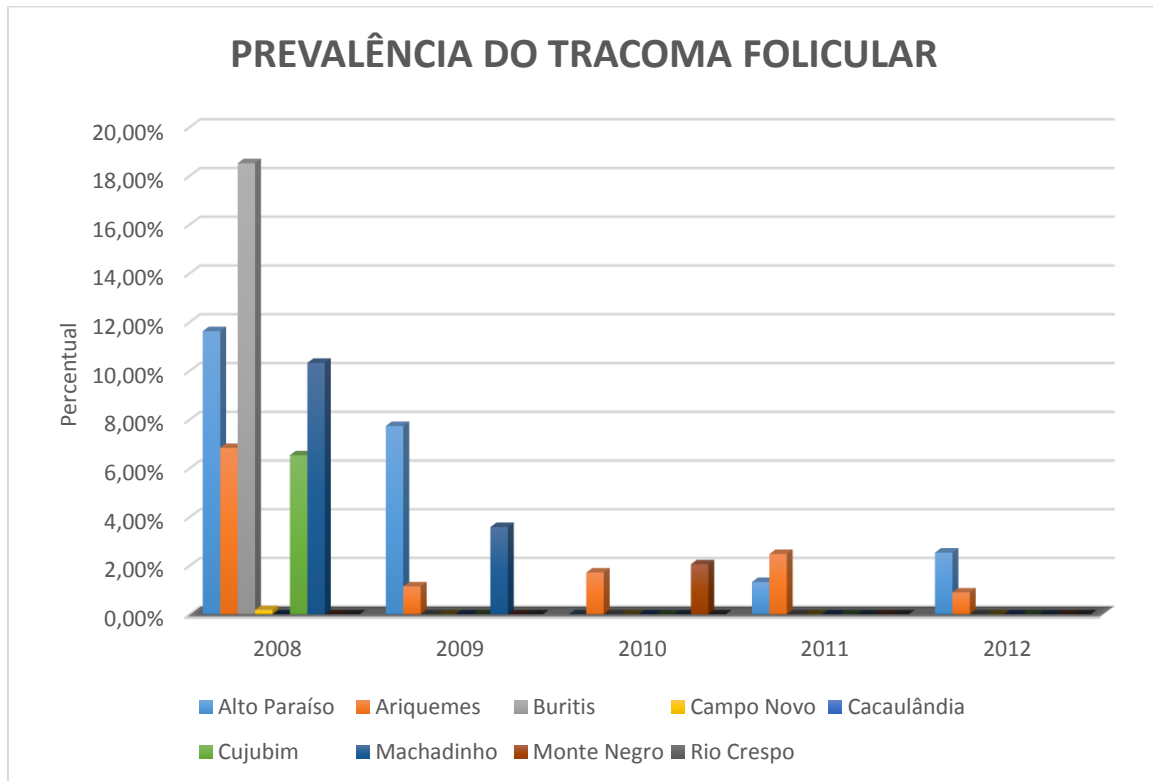
Fonte: adaptado de Inquérito Epidemiológico Nacional do Tracoma – Etapa Rondônia 2007

Quadro 1 - Perfil Epidemiológico da Regional de Saúde do Vale do Jamari no período de 2008 a 2012, amostragem de prevalência de TF

Pelos resultados apresentados segundo a vigilância epidemiológica do Tracoma realizada em municípios da região Vale do Jamari podemos observar o declive apresentado por alguns municípios em que participaram da campanha e que houve realização de inquéritos, busca ativa e tratamento para os escolares portadores da doença. No que vale salientar a importância e necessidade de continuar as ações de vigilância com o intuito de eliminar o Tracoma, objetivando cumprir a meta de eliminação da doença como causa de cegueira evitável em âmbito nacional.

Em alguns municípios segundo a amostragem do estudo observa-se também a prevalência entre um resultado e outro em diferentes anos da campanha, que pode ter sido desencadeada por falta de acompanhamento do tratamento da doença após ser diagnosticada.

De acordo com os dados do quadro 1 é possível identificar o perfil epidemiológico da regional de saúde da região Vale do Jamari. No gráfico 2, descreve a prevalência do TF por município da regional de saúde eleita para este estudo.



Fonte: adaptado de Campanha Nacional do Tracoma 2008 a 2012

Gráfico 2 - Prevalência Tracoma Folicular (TF) Campanha Regional 2008 a 2012 por municípios da região Vale do Jamari

A campanha contra o Tracoma segue com suas expectativas de eliminação da doença causadora da cegueira, com o intuito de sua eliminação até o ano de 2015. Após a realização de diagnósticos e tratamentos, obtiveram resultados positivos com ênfase no resultados esperados, onde alguns municípios da regional de saúde passa apresentar controle e até eliminação dos casos em alguns dos municípios. Para o ano de 2013 o MS em conjunto com o SISPACTO, estipulou uma meta de controle somente para 22 municípios do estado de Rondônia, considerado prioritários para a doença segundo os resultados apresentados de acordo a classificação de prioridade. Onde a meta seria realizar 10% busca ativa em escolares do 1º ao 5º ano do ensino

fundamental em faixa etária de 05 a 14 anos residentes em municípios prioritários. A região Vale do Jamari foi contemplada somente com a participação de 04 municípios segundo os critérios de avaliação prioritária. A tabela a seguir consta informações sobre os municípios prioritários da região Vale do Jamari que foram selecionados para participar da campanha de controle do tracoma no ano de 2013.

Tabela 2 - Municípios prioritários e população de escolares participantes da campanha Tracoma 2013 - Vale do Jamari

Município	Pop. Escolar 1º ao 5º Ano	Pop. Examinada	Meta de 10%	Resultados 2013
Alto Paraiso	3.345 escolares	0,0	335	0,0
Campo Novo	3.575 escolares	0,0	258	0,0
Cujubim	3.259 escolares	0,0	325	0,0
Machadinho D'Oeste	6.476 escolares	4.567	647	70,02

Fonte: Adaptado de FormSus / SINAN- AGEVISA/RO

Com base nos resultados obtidos pela tabela 2, podemos observar que nem todos os municípios selecionados e classificados como prioritários para os casos de Tracoma, realizaram suas vigilâncias conforme orientações do MS. Onde somente o município de machadinho realizou busca ativa e diagnóstico para o Tracoma, e com base em resultados obtidos pela vigilância proposta observou-se ainda prevalência para a doença. Porém notou-se também que o trabalho desencadeado no município demonstrou resultados positivos para a eliminação do tracoma, apresentado menor percentual de prevalência como melhor específica o gráfico 3.

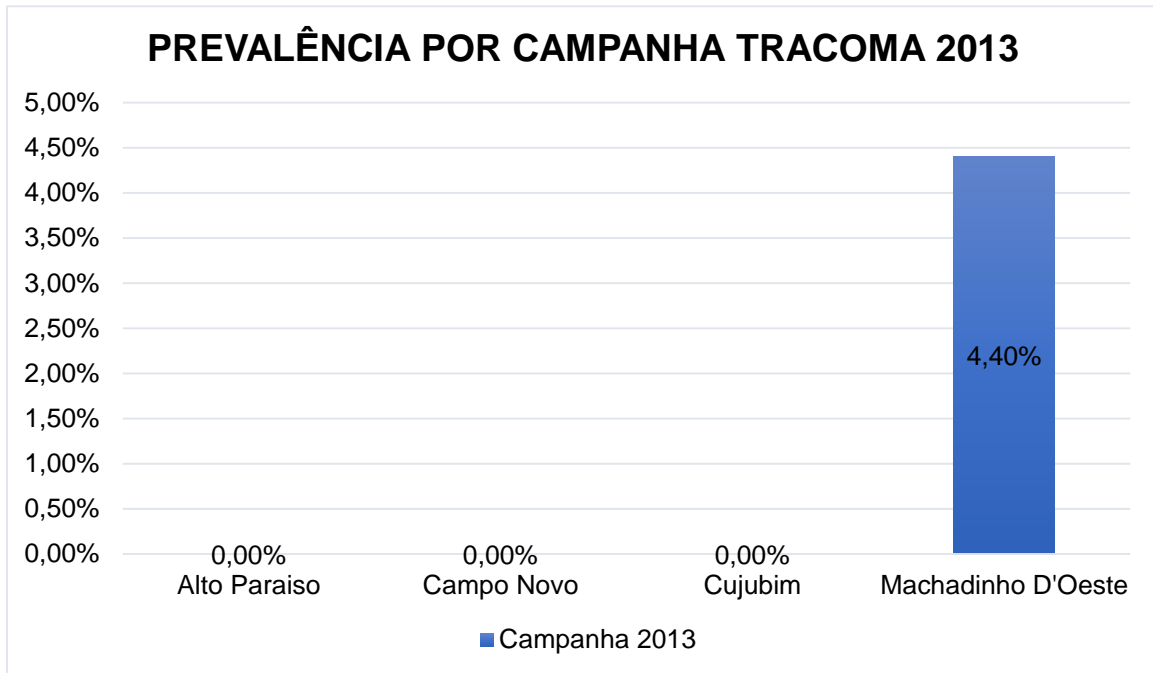


Gráfico 3 – Prevalência Tracoma Folicular (TF) na região Vale do Jamari

Os resultados apresentados pelo município de Machadinho é de grande relevância ao controle eficaz da doença, segundo o que apresenta em relação ao número de escolares diagnosticados. Pois apresenta um resultado surpreendente de controle em comparação ao número de escolares diagnosticados nos anos anteriores, ressaltando que para este mesmo ano o município realizou um controle de casos de 40 escolares e apresentou um índice de alta cura de 87%, resultado considerável em relação a endemicidade apresentada pela região.

No ano de 2014, o Ministério da Saúde junto ao SISPACTO, com base em suas oficinas de pactuação por intermédio do indicador 49 define a proporção de escolares examinados para o Tracoma nos municípios prioritários e que visa o fortalecimento da promoção e vigilância em saúde, objetivando a redução de riscos e agravos a saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em casos positivos de Tracoma, expressando a efetividade dos serviços em assegurar a adesão ao tratamento até a alta e cura. Sendo de grande relevância, uma vez que a busca ativa e o controle da doença, possa refletir na cura da infecção e interrupção da cadeia de transmissão da doença em escolares do 1º ao 5º ano do ensino fundamental da rede pública, e contribuir na cobertura de ações de vigilância epidemiológica, controle e

eliminação do Tracoma, como causa de cegueira até 2020, nos municípios prioritários. A campanha nacional de 2014, visa a busca ativa de casos de Tracoma em 80% da população de escolares da rede pública do 1º ao 5º ano do ensino fundamental dos municípios prioritários, que receberam incentivo da portaria 3209/ SVS/MS.

Tabela 3 - Municípios prioritários e população de escolares participantes da Campanha Tracoma 2014 - Vale do Jamari

Município	Pop. Escolar 1º ao 5º Ano	Pop. Examinada	Meta de 10%	Resultados 2014
Alto Paraíso	3.345 escolares	0,0	335	10%
Campo Novo	3.575 escolares	0,0	258	0,0
Cujubim	3.259 escolares	0,0	325	10%
Machadinho D' Oeste	6.476 escolares	4.567	647	10%

Fonte: Adaptado de FormSus/ SINAN- AGEVISA/RO

Com base nos resultados apresentados na tabela 3, observa-se que na campanha realizadas no ano de 2014, os municípios denominados prioritários pertencente a região Vale do Jamari, 03 destes realizaram suas busca ativa, diagnóstico e controle do Tracoma, obedecendo o percentual de meta estabelecido pelo SISPACTO.

Resultados apresentados segundo o consolidado da campanha nacional do Tracoma-2013, em Rondônia na região vale do Jamari. Onde podemos notar o percentual da meta estabelecida e o índice de cura alcançado no município.

Município	População de Escolares Matriculados	População de Escolares Examinados	Meta 80%	Casos positivos	%	Número de Escolares Tratados	%
Machadinho D'Oeste	6.476	4.567	70.52%	201	4.40	198	98.5

Fonte: Adaptado de Formsus/ SINAN- AGEVISA/RO

Quadro 2. Consolidado da campanha nacional do Tracoma – 2013 Vale do Jamari

Em concordância com os dados apresentados mediante o consolidado 2013, realizado no município de Machadinho D'Oeste, na região Vale do Jamari, observa-se o percentual considerável alcançado pela meta estabelecida entre os escolares examinados no município. Sendo de relevância o percentual de positividade para a doença e o alcance de alta cura entre os casos tratados. Essas importâncias destaca a importância da vigilância em saúde desenvolvida entre os municípios prioritários conforme selecionados pelo ministério da saúde.

No ano de 2014, foi apresentado o consolidado da campanha nacional do Tracoma na região Vale do Jamari, a mesma apresentou como meta estabelecida pelo MS, em nível nacional a realização de exames oculares em 75% dos escolares entre 05 e 14 anos matriculados em rede pública de ensino fundamental.

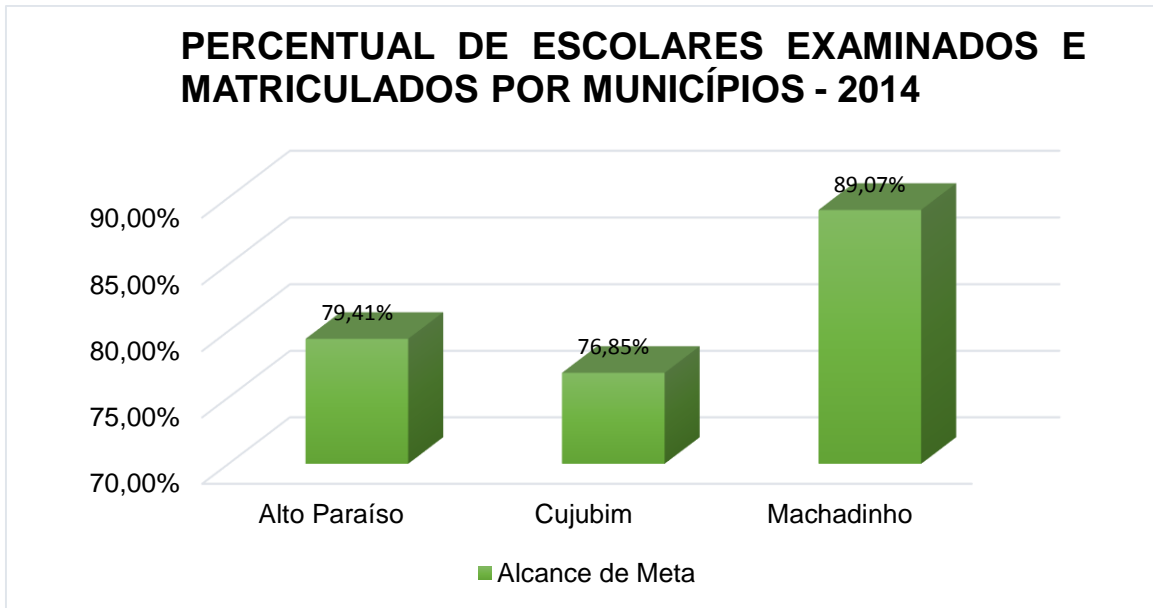
Município	N °. Esc. Partic.	Pop. Esc.	Pop. Esc. Exam.	Meta 75%	Casos Positivos	%	Nº. Esc. Trat. Azitromicina	%
Alto Paraíso	15	3.331	2.645	79,41	156	5,90	143	91,67
Cujubim	05	2.354	1.809	76.85	153	8,46	153	100,00
Machadinho D' Oeste	30	5.592	4.981	89,07	245	4,92	227	92,65

Fonte: Adaptado de FormSus/ SINAN- AGEVISA/RO

Quadro 3 - Consolidado da campanha nacional do Tracoma – 2014 Vale do Jamari

Com base nos resultados apresentados segundo o consolidado realizado no ano de 2014 na região Vale do Jamari, destaca-se o percentual de meta alcançada em relação ao percentual estabelecido para a realização de exames oculares em escolares da rede pública conforme idealizado em nível nacional. Sendo de fundamental importância o destaque viabilizado segundo o percentual de alta cura apresentado pelos escolares que foram tratados com Azitromicina, segundo o medicamento de eliminação da doença prescrito conforme regulamentação do MS.

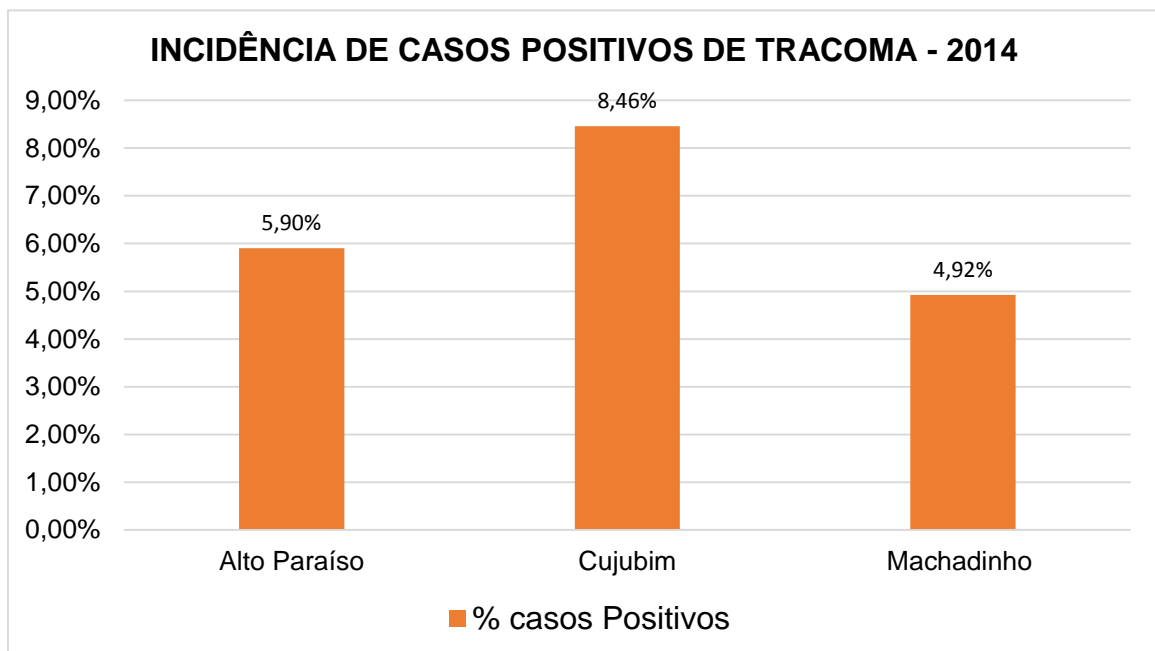
O gráfico de 4 destaca o percentual de escolares examinados e matriculados do 1º ao 5º ano do ensino fundamental em rede de ensino pública, por municípios pertencentes a região Vale do Jamari e que foram selecionados segundo os critérios de avaliação estabelecidos pelo MS e classificação de prioritários para a doença.



Fonte: Adaptado de FormSus/ SINAN- AGEVISA/RO

Gráfico 4 – Percentual de escolares examinados e matriculados em rede pública região Vale do Jamari 2014

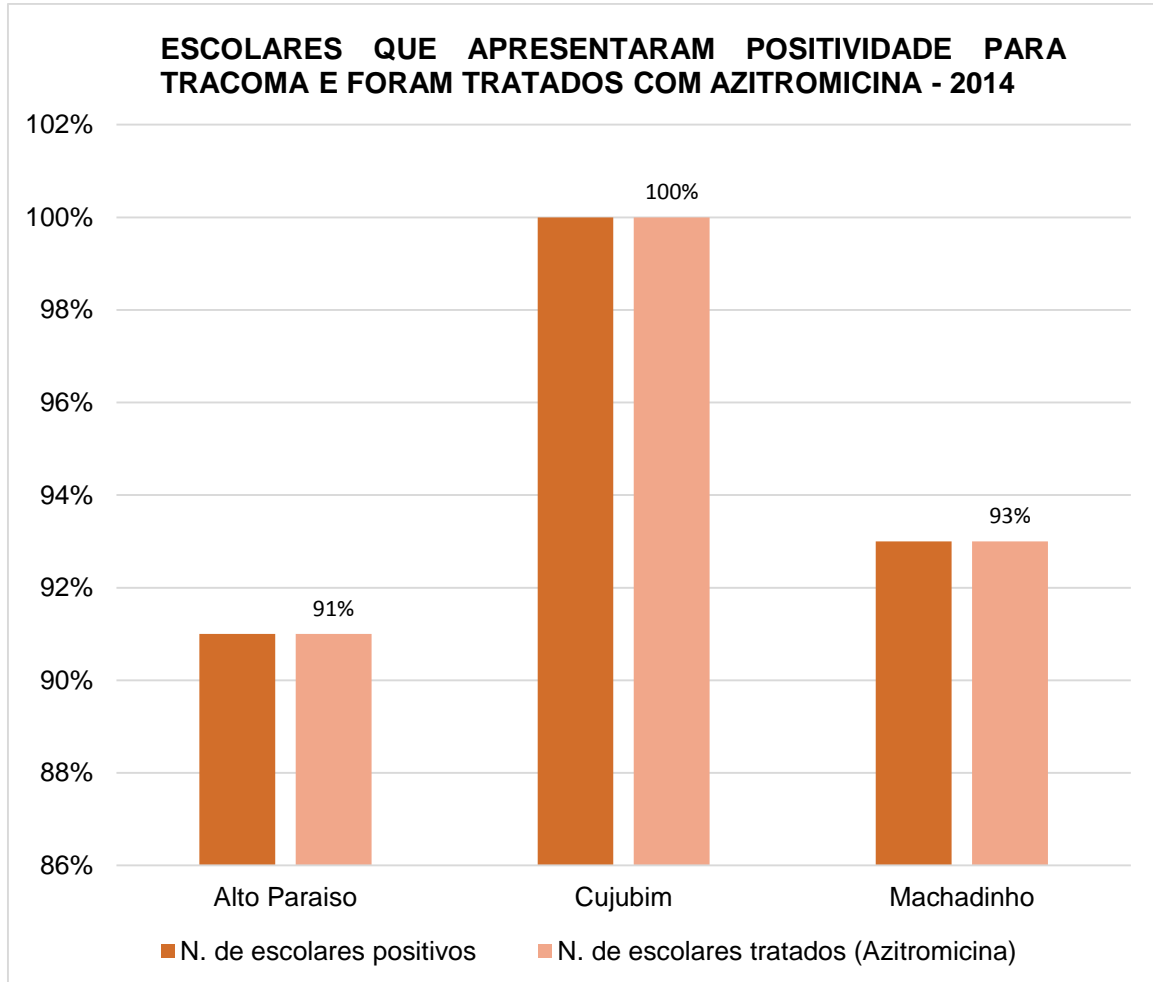
O gráfico 5 demonstra a incidência de casos positivos de Tracoma em escolares matriculados do 1º ao 5º ano do ensino fundamental em rede pública de ensino, dos municípios da região Vale do Jamari no ano de 2014.



Fonte: Adaptado de FormSus/ SINAN- AGEVISA/RO

Gráfico 5 – Incidência de casos positivos de Tracoma em escolares examinados em campanha 2014

Número de escolares que apresentaram positividade para casos de Tracoma tratados com Azitromicina, em municípios pertencentes a região Vale do Jamari no ano de 2014.



Fonte: Adaptado de FormSus/ SINAN- AGEVISA/RO

Gráfico 6 – Percentual de escolares com positividade para Tracoma e tratados com Azitromicina campanha 2014

VIGILÂNCIA DO TRACOMA EM MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS

Região de Saúde:

- Madeira-Mamoré
- Vale do Jamari
- Central
- Zona da Mata
- Café
- Cone Sul
- Vale do Guaporé



Figura 10 – Distribuição e vigilância do Tracoma em municípios prioritários

Fonte: Agencia Estadual de Vigilância em Saúde

CONCLUSÃO

O Tracoma permanece presente enquanto problema de saúde pública, principalmente na forma inflamatória folicular, nas zonas urbanas aparentemente de todos os municípios avaliados neste estudo. Está concentrada entre as crianças menores de 10 anos, faixa etária de maior disseminação da doença. Isso pode significar que a bactéria está circulando ativamente entre essas comunidades.

O Tracoma produz cerato-conjuntivite crônica recidivante, por ocorrências frequentes das infecções oculares podendo ocasionar cicatrizes na conjuntiva palpebral, com sequelas por lesões corneanas resultantes do atrito entre os cílios e o olho conduzindo alterações na capacidade visual, e desenvolvendo um quadro de incapacidade visual. O impacto da perda visual tem profundas implicações na vida de uma pessoa, afetando não somente seu aspecto pessoal, mas também seu lado financeiro e seu lado social.

Com base nos resultados obtidos pelo inquérito realizado em Rondônia, pode se observar que os municípios pertencentes ao Vale do Jamari apresentaram resultado com prevalência acima de 5%, um percentual considerável em relação as demais regionais de saúde, tornando imprescindível implementar ações de vigilância epidemiológica dos municípios acometidos com alta prevalência da doença e cabendo aos gestores de saúde ampliar de medidas e condutas que melhor compreendam a epidemiologia da doença. Isto envolve melhor planejamento e capacitação de seus profissionais para cada região, obtendo maior desenvolvimento de ações adequadas e efetivas para o controle e disseminação do Tracoma.

A doença comportou-se de forma endêmica nos municípios avaliados neste estudo, pois não foram detectados casos de Tracoma inflamatório intenso nem Tracoma cicatricial. A prevalência encontrada nos municípios mostra que as ações de vigilância epidemiológica do tracoma devem ser contínuas, principalmente nos locais onde foram encontradas as maiores prevalência.

Apesar de a doença apresentar um perfil endêmico focal e bem delineado, grande parte dos municípios que apresentam baixo IDH e condições favoráveis à existência da doença com média e alta endemicidade permanecem silenciosos, o que limita uma análise mais precisa de situação epidemiológica, mesmo em ações quando não realizadas em campanhas de mobilização.

Por configurar no rol das chamadas doenças negligenciadas é urgente o aperfeiçoamento do sistema de vigilância no Brasil, como requisito fundamental para documentar o alcance da eliminação da doença no país. As modificações nas estratégias de vigilância também podem contribuir para aumentar a aceitabilidade dos profissionais de saúde, diminuir a subnotificação e melhorar a representatividade do sistema.

É evidente a necessidade de estratégias de vigilância e controle mais efetiva e de forma homogênea em todo o país, de modo a alcançar os objetivos pactuados.

As ações de vigilância epidemiológica do tracoma devem ser priorizadas nas escolas, onde foram encontradas as maiores prevalências e nos domicílios dos casos de tracoma diagnosticados.

REFERÊNCIAS

ANVISA, AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Resolução RDC n. 28, de 4 de abril de 2007. **Dispõe sobre a priorização da análise técnica de petições, no âmbito da Gerência-Geral de Medicamentos da ANVISA**, cuja relevância pública se enquadre nos termos desta Resolução. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/print.php?conteudo=707>>. Acesso em 12 out 2015.

ARAUJO JORGE, T. C. **Embasamento técnico e sugestões para ações de controle das Doenças da Pobreza no Programa de Erradicação da Pobreza Extrema no Brasil**. (Nota Técnica n.º 1/2011/ Instituto Oswaldo Cruz/Fiocruz-/Diretoria, versão 4, 2 de setembro de 2011). Disponível em: <www.fiocruz.br/ioc/media/NotaTecnica_IOC%20v2%20Doencas%20da%20pobreza%2026%20mai%202011.pdf>. Acesso em: 19 set 2015.

BARROS, Oswaldo M. et al. **Manual de controle do Tracoma**. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 2001. 56 p. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_controle_tracoma.pdf>. Acesso em: 22 out 2014.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm>. Acesso em: 10 out 2015.

_____. **Decreto 94.406, de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D94406.htm>. Acesso em: 10 out 2015.

_____. Fundação Nacional de Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 5. Ed. Brasília: FUNASA, 2002. 842p.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 816p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf>. Acesso em: 16 maio 2015.

_____. Plano Territorial de Desenvolvimento Rural Sustentável (PTDRS). **Território Vale do Jamary – Rondônia**. Ariquemes - RO: Ministério do Desenvolvimento Agrário, 2006a. 108p. Disponível em: <http://sit.mda.gov.br/download/ptdrs/ptdrs_qua_territorio163.pdf>. Acesso em: 24 set 2015.

_____. Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. **Escolas Promotoras de Saúde: experiências do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 152p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/escolas_promotoras_saude_experiencias_brasil_p1.pdf>. Acesso em: 30 set 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 199p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cab_n21_vigilancia_saude_2ed_p1.pdf>. Acesso em: 10 jun 2015.

_____. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. **Programa Saúde na Escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 7. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. 816 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Na Escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Doenças negligenciadas: estratégias do Ministério da Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, fev. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000100023&lng=pt&nr>. Acesso em: 30 jul 2015.

_____. Portal da Cidadania. **Territórios da Cidadania – Vale do Jamari – RO, 2011.** Disponível em: <http://www.territoriosdacidadania.gov.br/dotirn/clubs/territoriosrurais/valedojamarro/one-community?Page_num=0#>. Acesso em: 22 jul 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Doenças Transmissíveis. **Plano Integrado de Ações Estratégicas de Eliminação da Hanseníase, Filariose, Esquistossomose e Oncocercose Como Problema de Saúde Pública, Tracoma Como Causa de Cegueira e Controle das Geohelmintíases: Plano de Ação 2011-2015.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 100p.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/12 sobre pesquisa envolvendo seres humanos.** Bioética. 2012b.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de vigilância do Tracoma e Sua Eliminação Como Causa de Cegueira.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 52p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_vigilancia_tracoma_eliminao_cegueira.pdf>. Acesso em: 21 jan 2015.

_____. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. **Programa Saúde na Escola.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2014b. 22p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/passopasso_adeseo_PSE2014.pdf>. Acesso em: 22 out 2015.

CAMPELLO, Tereza; FALCÃO, Tiago; COSTA, PATRICIA VIEIRA DA. **Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. O Brasil Sem Miséria.** 1. Ed. Brasília: Ministério do desenvolvimento social, 2014. 848p. Disponível em:

<http://mds.gov.br/assuntos/brasil-sem-miseria/livro-o-brasil-sem-miseria/copy_of_livro-o-brasil-sem-miseria>. Acesso em: 22 ago 2015.

CAPELETTE, Margarida. Agencia Estadual de Vigilância em Saúde. **Perfil Epidemiológico do Tracoma por Regionais de Saúde**. Cópia impressa. 2013.11 p.

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 311, de 08 de fevereiro de 2007. **Aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3112007_4345.html>. Acesso em: 10 out 2015.

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009. **Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências**. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 10 out 2015.

COTTA, R. M. M. et al. Pobreza, injustiça, e desigualdade social: repensando a formação de profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 31, n.3, set / dez 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022007000300010>. Acesso em: 05 out 2015.

DANTAS, Andréia de Pádua Careli. **Tracoma: Aspectos Epidemiológicos no Brasil, 2009-2010 e Perspectiva de Controle**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2013. 142 p. disponível em <http://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=3752>. Acesso em: 26 set 2014.

DEMARZO, M. M. P.; AQUILANTE, A. G. **Saúde Escolar e Escolas Promotoras de Saúde. In: Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade.** Porto Alegre, RS: Artmed: Pan-Americana, 2008. v. 3, p. 49-76.

FERRAZ, Lucieni Cristina Barbarini et al. Tracoma em crianças do ensino fundamental no município de Bauru - Estado de São Paulo, Brasil. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, São Paulo, v.73, n. 5, Set/ Out. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S000427492010000500009&script=sci_arttext> . Acesso em: 23 jan 2015.

GARCIA, Leila P. et al, **Epidemiologia das Doenças Negligenciadas no Brasil e Gastos Federais com Medicamentos.** Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Brasília, 2011. 66p. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=8064>. Acesso em: 10 ago 2015.

IBGE, **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.** Censo demográfico 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/20122002>>. Acesso em: 20 set 2015.

IBGE, **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.** Sinopse do censo demográfico 2010a. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=ro>>. Acesso em: 15 ago 2015.

IBGE, **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.** SIDRA – Banco de dados agregados. 2010b. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/territorio/ufmenu.asp?z=t&o=4>>. Acesso em: 20 set 2015.

LAGUARDIA, Josué et al, Sistema de informação de agravos de notificação em saúde (Sinan): desafios no desenvolvimento de um sistema de informação em saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 13, n. 3, set. 2004 . Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16794974200400030002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 ago 2015.

LOPES, Maria de Fátima Costa. **Tracoma: Situação Epidemiológica no Brasil**. Dissertação (Mestrado – Instituto de Saúde Coletiva) – Salvador, Universidade Federal da Bahia, 2008. 33p. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/10292/2/4444.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2015.

LOPES, Maria F.C. et al. Prevalência de tracoma entre escolares brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.47, n. 3, jun 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n3/0034-8910-rsp-47-03-0451.pdf>>. Acesso em: 23 jul 2015.

MARIOTTI SP; PASCOLINI D; ROSE-NUSSBAUMER J. Trachoma: global magnitude of a preventable cause of blindness. **Br J Ophthalmol**. [S.l.:s.n.], p. 563-568, jun. 2009. Disponível em: <<http://bjo.bmj.com/content/93/5/563.full.pdf+html>>. Acesso em: 12 out 2015.

MOREL, C. Inovação em saúde e doenças negligenciadas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, jan / ago 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2006000800001> . Acesso em 23 out 2015.

SCHELLINI, Silvana Artioli; SOUSA, Roberta Lilian Fernandes de. Tracoma: ainda uma importante causa de cegueira, **Revista Brasileira de Oftalmologia**, Rio de Janeiro, v.71. n. 3, Mai / Jun 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003472802012000300012> . Acesso em 18 jun 2015.

SEDAM, **Secretaria Estadual de Desenvolvimento Ambiental**. Meteorologia: Boletins climatológicos anuais. 2012. Disponível em: <<http://www.sedam.ro.gov.br>>. Acesso em: 22 set 2015.

TEIXEIRA, Maria G. et al. Seleção das doenças de notificação compulsória: critérios e recomendações para as três esferas de governo. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v. 7, n. 1, mar 1998. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S010416731998000100002&script=sci_arttext>. Acesso em: 16 set 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Planning for the Global Elimination of Trachoma (GET)**: report of a WHO Consultation Geneva; 1997. Disponível em: <http://www.who.int/pbd/publications/trachoma/en/get_1996.pdf>. Acesso em: 19 ago 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), First WHO report on neglected tropical diseases 2010: **Working to Overcome the Global Impact of Neglected tropical diseases.** Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564090_eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 19 set 2015.

ANEXOS

ANEXO I PLANILHA ELETRÔNICA DE INVESTIGAÇÃO DO TRACOMA

PLANILHA PARA ACOMPANHAMENTO DE CASOS AGREGADOS - TRACOMA

1 Nº da notificação	2 Data da notificação	3 Agente/ Doença	4 UF	5 Município	6 Unidade de saúde (ou outra fonte notificadora)	7 Inquérito	8 Nº de casos examinados	9 Nº de casos positivos		
		TRACOMA				1 - Escolar 2 - Domílicar				
Nº do caso	Iniciais do caso	UF	Município de residência	Distrito	Barro	Zona	Sexo	Idade (por faixa etária)	Forma Clínica	Encaminhamento para cirurgia

LEGENDA:
 Zona: 1-urbana 2-rural 3-perurbana 9-ignorado Sexo: M-masculino F-feminino 9-ignorado
 Idade(por faixa etária): 1- <1ano 2- 1-4 anos 3- 5-9 anos 4- 10-14 anos 5- 15-19 anos 6- 20-29 anos 7- 30-49 anos 8- 50-59 9- 60-69 anos 10- 70-79 anos 11- 80-89 anos 12- 90-99 anos 13- 100+ anos 9-ignorado
 Forma Clínica: 1-TF 2-TI 3-TS 4-TT 5-CO 9-ignorado Encaminhamento para cirurgia: 1-Sim 2-Não 9-ignorado

ANEXO II PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

FACULDADE DE EDUCAÇÃO E
MEIO AMBIENTE FAEMA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Situação Epidemiológica do Tracoma em Municípios da Amazônia Legal

Pesquisador: Sonia Carvalho de Santana

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 44915015.2.0000.5601

Instituição Proponente: UNIDAS SOCIEDADE DE EDUCACAO E CULTURA LTDA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.129.913

Data da Relatoria: 26/06/2015

Apresentação do Projeto:

O projeto em análise diz respeito à uma pesquisa em bases de dados no Inquérito Epidemiológico Nacional de Tracoma - Etapa Rondônia 2007 da AGEVISA, SINAN e Coordenação Estadual do Programa Tracoma, referente a identificação da prevalência dos casos de Tracoma em crianças com faixa etária de 05 à 14 anos nas cidades do Vale do Jamari, no período de 2008 à 2014, sendo este levantamento de dados agendado para Julho de 2015.

Objetivo da Pesquisa:

O estudo têm por objetivo traçar o perfil epidemiológico da população infanto-juvenil escolar na faixa etária de 05 à 14 anos em municípios pertencentes à região do Vale do Jamari, acometidas pelo Tracoma.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo o autor, não será uma pesquisa direta com o público-alvo estudado, mas sim uma pesquisa com dados secundários, sendo o risco mínimo de exposição ou agravo aos indivíduos estudados.

Benefício de traçar um panorama epidemiológico da doença na região do Vale do Jamari

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa irá traçar um perfil epidemiológico de crianças nas idades de 05 à 14 anos, no período de 2008 à 2014, sendo relevante para a análise e construção dos casos e definindo a prevalência

Endereço: Avenida Machadinho, nº 4.349, Setor 06, Sala 3.8 do Bloco C
Bairro: SETOR 06 **CEP:** 78.932-125
UF: RO **Município:** ARIQUEMES
Telefone: (69)3536-6600 **E-mail:** cep@faema.edu.br

FACULDADE DE EDUCAÇÃO E
MEIO AMBIENTE FAEMA



Continuação do Parecer: 1.129.913

deste agravo na região estudada, especificamente nas idades citadas acima.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Como não se trata de uma pesquisa direta com indivíduos, foi apresentado a solicitação de dispensa do TCLE, sendo apresentado também um termo de compromisso na utilização dos prontuários a partir do SINAN e AGEVISA, autorização da AGEVISA constando assinatura do diretor da instituição e também apresentação da folha de rosto do projeto.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do solicitado anteriormente, a metodologia foi reescrita e apresenta maior clareza em sua forma de levantar os dados pertinentes à pesquisa. A análise dos dados secundários nos Sistemas de Informações darão a condição de avaliar e traçar o perfil epidemiológico infanto-juvenil do Tracoma nestas localidades.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

ARIQUEMES, 29 de Junho de 2015

Assinado por:
Vera Lúcia Matias Gomes Geron
(Coordenador)

Endereço: Avenida Machadinho, nº 4.349, Setor 06, Sala 3.8 do Bloco C
Bairro: SETOR 06 CEP: 78.932-125
UF: RO Município: ARIQUEMES
Telefone: (69)3536-6600 E-mail: cep@faema.edu.br

ANEXO III TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE PRONTUÁRIOS EM PROJETO DE PESQUISA



Faculdade de Educação e Meio Ambiente
Instituto Superior de Educação - ISE

Portaria MEC de Recredenciamento Nº. 857, de 11/09/2013, D.O.U. de 12/09/2013.

TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE

PRONTUÁRIOS EM PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Situação Epidemiológica do Tracoma em Municípios da Amazônia Legal.

Pesquisador (a) Responsável: Sonia Carvalho de Santana

Como pesquisador (a) acima qualificado (a) comprometo-me cumprir rigorosamente, sob as penas da Lei, as Normas Internas aqui estabelecidas para utilização de dados de prontuários a partir do Sistema de Informação de Agravos de Notificação/SINAN / Agência Estadual de Vigilância Epidemiológica em Saúde - AGEVISA - RO Coordenação Estadual Tracoma, que se constituem na base de dados do presente Projeto de Pesquisa (Formulário de Pesquisa - Coleta de Dados), tomando por base as determinações legais previstas nos itens III.3.i e III.3.q das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos Resolução CNS 466/12 e Diretrizes 12 das Diretrizes Éticas Internacionais para pesquisa Biomédicas Envolvendo Seres Humanos (CIOMS 1993), que dispõem:

d) o acesso aos dados registrados em prontuários de pacientes ou em bases de dados para fins de pesquisa científica (Formulário de Pesquisa - Coleta de Dados) será autorizado apenas para pesquisadores do Projeto de Pesquisa devidamente aprovado pelas instâncias competentes da FAEMA e pelo Comitê de ética em Pesquisa (CEP/FAEMA).


Dra Sonia Carvalho de Santana
Enfermeira
COREN 48639-RO

ANEXO IV AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA COLETA DE DADOS



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE
Instituto Superior de Educação – ISE/FAEMA

Portaria MEC de Recredenciamento Nº. 857, de 11/09/2013, D.O.U. de 12/09/2013.

Autorização Institucional Para Coleta de Dados

Ilma. Sr. Maria Arlete da Gama Baldez,
Diretora da Agência Estadual de Vigilância Epidemiológica em Saúde

Solicitamos autorização institucional da pesquisa, que será submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Educação e Meio Ambiente (CEP FAEMA), em cumprimento das diretrizes estabelecidas pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde (CNS/MS). Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos.

Esta pesquisa é intitulada, SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DO TRACOMA EM MUNICÍPIOS DA AMAZONIA LEGAL, a ser realizada a partir dos dados coletados no inquérito, pelo (a) acadêmica Elisângela Sousa Pedroso, regularmente matriculada no 9º período do curso de graduação em enfermagem na Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, sob orientação da docente Ma. Sonia Carvalho de Santana, com o seguinte objetivo: Conhecer o perfil epidemiológico das crianças em idade escolar entre 05 a 14 anos, residentes aos municípios pertencentes à Região Vale do Jari acometidas pelo Tracoma. Ao mesmo tempo, solicitamos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico.

Ressaltamos que a pesquisa terá início após a apresentação do Parecer Consubstanciado Aprovado, emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP FAEMA. Salientamos ainda que tais dados sejam utilizados tão somente para realização deste estudo.



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE
Instituto Superior de Educação - ISE/FAEMA

Portaria MEC de Recredenciamento Nº. 857, de 11/09/2013, D.O.U. de 12/09/2013.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessária.

Ariquemes, 05 Março 2015

Sônia Carvalho de Santana

Sônia Carvalho de Santana

Pesquisadora Responsável do Projeto

Concordamos com a solicitação Não concordamos com a solicitação

Maria Arlete da Gama Baldez

 Diretora Geral/AGEVISA RO

Maria Arlete da Gama Baldez

Diretora Geral

ANEXO V SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE



Faculdade de Educação e Meio Ambiente
Instituto Superior de Educação - ISE

Portaria MEC de Recredenciamento Nº. 857, de 11/09/2013, D.O.U. de 12/09/2013.

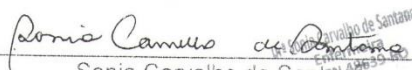
SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Eu Sonia Carvalho de Santana, pesquisador responsável pelo Projeto "Situação Epidemiológica do Tracoma em Municípios da Amazônia Legal", solicito perante este Comitê de Ética em Pesquisa a dispensa da utilização do TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO para realização deste projeto tendo em vista que o mesmo utilizará somente (dados secundários obtidos a partir do estudo de material já coletado, revisão de prontuários ou outras justificativas).

Os dados serão coletados a partir do banco de dados secundários da Agência Estadual de Vigilância Epidemiológica em Saúde - AGEVISA – RO/ Sistema de Informação de Agravos de Notificação/SINAN/Coordenação Estadual do Programa Tracoma. Tendo como responsável a Dr^a Maria Arlete da Gama Baldez, diretora da Agência Estadual de Vigilância Epidemiológica em Saúde. Saliento que respeitarei a privacidade e o sigilo tanto dos sujeitos como dos dados confidenciais envolvidos na pesquisa e asseguro que os dados não serão divulgados.

Nestes termos, comprometo-me a cumprir todas as diretrizes e normas reguladoras descritas na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012.

Ariquemes, 05 Março 2015


Sonia Carvalho de Santana