

PUBLICAÇÃO OFICIAL DO NÚCLEO HOSPITALAR DE EPIDEMIOLOGIA DO
HOSPITAL SANTA CRUZ E PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO
DA SAÚDE - DEPARTAMENTO DE BIOLOGIA E FARMÁCIA DA UNISC

Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção

ISSN 2238-3360 | Ano III - Volume 3 - Número 1 - 2013

Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção

ISSN 2238-3360 | Ano III - Volume 3 - Número 1 - 2013



Editor:

Marcelo CARNEIRO, MD, MSc
• Universidade de Santa Cruz do Sul,
Santa Cruz do Sul, RS, Brasil

Andréia Rosane Moura VALIM, PhD
• Universidade de Santa Cruz do Sul,
Santa Cruz do Sul, RS, Brasil

Lia Gonçalves POSSUELO, PhD
• Universidade de Santa Cruz do Sul,
Santa Cruz do Sul, RS, Brasil

Editores Associados:

Claudia Maria Maio CARRILHO, MD, MSc
• Universidade Estadual de Londrina,
Londrina, PR, Brasil

Fábio Lopes PEDRO, MD, MSc
• Universidade Federal de Santa Maria,
Santa Maria, RS, Brasil

Luis Fernando WAIB, MD, MSc
• Pontifícia Universidade Católica de Campinas,
Campinas, SP, Brasil

Assessoria Editorial:

Janete Aparecida Alves Machado, NT
Eliane Carlosso Krummenauer, RN

Revisão de Inglês:

Sonia Maria Strong

Secretaria

Julia Kern

Editor de Layout:

Álvaro Ivan Heming
aih.alvaro@hotmail.com

Elaboração, veiculação e informações:

Núcleo de Epidemiologia do Hospital Santa Cruz
Rua Fernando Abott, 174 - 2º andar
Bairro Centro - Santa Cruz do Sul
Rio Grande do Sul
CEP 96810-150
TELEFONE/FAX: 051 3713.7484 / 3713.7449
E-MAIL: nhe_hsc@unisc.br

Veiculação: Virtual

Conselho Editorial:

Alberto Novaes Ramos JUNIOR, PhD
• Universidade Federal do Ceará, UFC - Fortaleza, CE- Brasil
Alexandre Vargas SCHWARZBOLD, MD, MSc
• Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil

• Ana CUNHA, PhD
Universidade de Santa Cruz do Sul, UNISC - Santa Cruz do Sul - Brasil
• Andréia Lúcia Gonçalves da SILVA, Ft, MSc
Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, RS, Brasil
• Andreza Francisco MARTINS, PhD
Centro Universitário Metodista, Porto Alegre, RS, Brasil
• Daniel Gomas de Alvareng, MSc
Universidade Vale do Rio Doce, UNIVALE - Governador Valadares, MG -Brasil
• David Jamil HADAD, MD
Núcleo de Doenças Infecciosas da Universidade Federal do Espírito Santo
NDI/ UFES, ES, Brasil
• Diego Rodrigues FALCI, MD, MSc
Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, RS, Brasil
• Dulciane PAIVA, PhD
Universidade de Santa Cruz do Sul, UNISC - Santa Cruz do Sul, RS - Brasil
• Eliane Carlosso KRUMMENAUER, RN
Hospital Santa Cruz, Santa Cruz do Sul, RS, Brasil
• Flavia Julyana Piña TRENCH, MD, MSc
Hospital Costa Ministro Cavalcanti, Foz do Iguaçu, PR, Brasil
• Gisela UNIS, MD
Hospital Sanatório Partenon - HSP, RS, Brasil
• Guilherme Armond
Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG - Belo Horizonte, MG - Brasil
• Heloisa Helena Karnas Hoefel, Dr
Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Porto Alegre, RS - Brasil
• Karen Mattos, MSc
Centro Universitário Franciscano, UNIFRA - Santa Maria, RS - Brasil
• Leandro Bizarro MULLER, MD, MSc
Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, RS, Brasil
• Leo KRAETHER NETO, PhD
Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, RS, Brasil
• Lessandra MICHELIM, MD, PhD
Universidade de Caxias do Sul, Caxias do Sul, RS, Brasil
• Luciana DREHMER, MSc
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, PUCRS - Porto Alegre, RS - Brasil
• Luciano DURO, MD, MSc
Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, RS, Brasil
• Ludmila BAETHGEN, PhD
Hospital Dom Vicente Scherer, Santa Casa de Misericórdia, Porto Alegre, RS -Brasil
• Marcos Toshiyuki TANITA, MD
Hospital Universitário de Londrina, Londrina, PR, Brasil
• Márcia PERUGINI, PhD
Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, Brasil
• Maria Lucia Rosa Rossetti, MD
Fundação Estadual de Produção e Pesquisa em Saúde - FEPPS, RS, Brasil
• Marilina BERCINI, MD, MSc
Centro Estadual de Vigilância em Saúde, Porto Alegre, RS, Brasil
• Miria BURGOS, PhD
Universidade de Santa Cruz do Sul, UNISC - Santa Cruz do Sul, RS- Brasil
• Nádia Mora KUPLICH, RN, MSc
Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil
• Pedro Almeida, MD
Fundação Universidade do Rio Grande - FURG, RS, Brasil
• Rodrigo Pereira DUQUIA, PhD
Universidade Federal de Pelotas, UFPel -Pelotas, RS- Brasil
• Suzane Beatriz Frantz KRUG, RN, PhD
Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, RS, Brasil
• Suzanne BRADLEY, MD
University of Chigaco, Ann Arbor, Michigan, United States of America
• Tatiana KURTZ, MD, MSc
Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, RS, Brasil
• Thiago NASCIMENTO, MSc
Universidade Federal do Espírito Santo, UFES - Vitória, ES- Brasil
• Valéria SARACENI, PhD
Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro - Rio de Janeiro, RJ - Brasil
• Valeriano CORBELINI, MD, PhD
Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, RS- Brasil

SUMÁRIO

>>> EDITORIAL

O impacto do Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado (SIHD) na notificação da sífilis congênita em Porto Alegre	01
---	-----------

>>> ARTIGO ORIGINAL

Avaliação do acolhimento na unidade de saúde da família Sítio do Cardoso, Madalena - Recife/PE	02
Conhecer para cuidar: percepção do acolhimento entre usuários e profissionais na experiência do PET-Saúde	07
Auditoria em unidade de terapia intensiva: vigilância de procedimentos invasivos	12
Epidemiologia da Leishmaniose Visceral no estado do Rio Grande do Norte, Brasil	17
Perfil epidemiológico da hanseníase no município de Guarulhos, SP	22

>>> ARTIGO DE REVISÃO

Sífilis Congênita: uma revisão da literatura	28
---	-----------

>>> CARTAS AO EDITOR

Programa Bem me Quer: um instrumento de redução de mortalidade fetal e infantil, no município de Santa Cruz do Sul/RS	31
--	-----------

>>> COMUNICAÇÃO BREVE

Alerta Epidemiológico: Gripe Aviária – A(H7N9)	33
---	-----------

>>> QUAL É O SEU DIAGNÓSTICO

Acidente araneídico	34
----------------------------------	-----------

>>> RELATO DE EXPERIÊNCIA

Vigilância epidemiológica em Santa Cruz do Sul/RS A construção de um protocolo para atenção básica	36
---	-----------

EDITORIAL

O impacto do Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado (SIHD) na notificação da sífilis congênita em Porto Alegre

Lisiane Morelia Weide Acosta¹, Gisele Maria Silveira Branco¹, Ângela Maria Grandó Machado¹

¹Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, Rio Grande do Sul

Recebido em: 27/10/2012

Aceito em: 22/01/2013

lacosta@sms.prefpoa.com.br

A vigilância epidemiológica da Sífilis Congênita (SC) foi implantada em Porto Alegre no ano de 1995, com a municipalização da vigilância. No início, foi realizada de forma passiva, recebendo notificações feitas por neonatologistas. No ano de 1996 foram seis casos notificados, e nos anos posteriores, se manteve com uma média de 79 casos até o ano de 2007. A partir de 2008 houve um aumento linear dos casos, com o ano de 2011 apresentando 275 casos, resultando em uma alta incidência da SC em Porto Alegre, com uma incidência de 14/1000 nascidos vivos. Além de um cenário epidemiológico preocupante, estes casos mostram uma resposta à mudança do processo da vigilância epidemiológica deste agravo. Compõe esta mudança de processo a notificação do Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado (SIHD), com as notificações enviadas mensalmente à Equipe de Vigilância das Doenças Transmissíveis (EVDT) do município.

A Portaria Nº 20, conjunta da Secretária de Vigilância em Saúde e de Atenção à Saúde de 25 de maio de 2005, estabeleceu que todas as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) com agravos de notificação compulsória fossem avaliadas pela vigilância epidemiológica¹. O SIHD passou a ser um novo sistema de notificação de casos e foi implantado este fluxo em Porto Alegre com avaliação mensal dos casos pela Equipe de Vigilância das Doenças Transmissíveis (EVDT). No ano de 2011, foram 174 casos, hospitalizados em Porto Alegre, informados como SC pelo SIHD, destes 130 (74,7%) já estavam notificados no SINAN e para outras 44 (25,3%) notificações foi realizada a busca no prontuário. Entre os 44 casos investigados, 26 (59,1%) foram confirmados, 13 (29,5%) não foram caracterizados como caso de Sífilis Congênita, pela definição de caso da vigilância epidemiológica do Ministério da Saúde² e 5 (11,4%) não foram loca-

lizados na busca à instituição de saúde de internação.

Avaliando somente os casos de residentes em Porto Alegre, do total de 275 casos de SC nascidas e notificadas no ano de 2011, 24 (8,7%) foram resultados da busca ativa da vigilância epidemiológica após a notificação pelo SHID.

A mudança do processo de vigilância epidemiológica da SC refletiu no cenário epidemiológico, sendo ele mais representativo da realidade deste agravo na cidade. Houve um impacto da notificação pelo SIHD, no ano de 2011, com uma ampliação de 8,7% de casos notificados em indivíduos residentes no município. A perda de 5 (11,4%) casos não localizados na busca ativa pode ter ocorrido em virtude do registro do nome do paciente. Sugere-se que os nomes de crianças menores de 28 dias sejam mantidos como recém nascido (RN) de (nome da mãe) nas AIH para melhor padronização da identificação das mesmas na busca dos casos de Sífilis Congênita.

A alta incidência de SC em Porto Alegre, com 14/1000 nascidos vivos no ano de 2011 mostra, além de um cenário epidemiológico preocupante, uma resposta efetiva à mudança do processo da vigilância epidemiológica.

REFERÊNCIAS

1. Brasil - PORTARIA Nº 20 CONJUNTA DO SECRETÁRIO DE 25 DE MAIO DE 2005. Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado (SIHD).
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de Vigilância Epidemiológica. MS, 7 ed.- Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

ARTIGO ORIGINAL

Avaliação do acolhimento na unidade de saúde da família Sítio do Cardoso, Madalena - Recife/PE

Assessment of user embracement in a family health unit in Sítio do Cardoso, Madalena – Recife/PE

Leila Elisabeth Herculano Lins¹, Gercimar Cavalcanti França Arruda¹, Vera Lúcia de Moura Sena Filha², Milton Duque Marques², Ana Carolina de Moraes T. V. Dantas², Thiago de Amorim Carvalho², Jadiel Luis da Silva², Jailma Santos Monteiro³

¹Unidade de Saúde da Família Sítio do Cardoso, Madalena, Recife/PE; ²Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife/PE;

³Departamento de Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco, Tutoria do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, PET-Saúde (UFPE), Recife/PE.

Recebido em: 25/04/2012

Aceito em: 27/08/2012

Jailma03@yahoo.com.br

RESUMO

Justificativa e Objetivos: O acolhimento atualmente é um aspecto essencial da política da humanização, pois oferece uma atenção e escuta qualificada para o usuário da Unidade Básica de Saúde (UBS). Diante do exposto, duas preceptoras do Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde (PET-Saúde/UFPE) da Unidade de Saúde da Família Sítio do Cardoso (USF) juntamente com acadêmicos da UFPE realizaram esse estudo, enquanto participantes do Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde (PET-Saúde/UFPE), para identificar a importância do acolhimento a ser implantado na USF, verificando as principais demandas de saúde e se a necessidade do usuário foi atendida. Assim, a presente pesquisa teve como objetivo avaliar a satisfação do usuário da USF Sítio do Cardoso em relação ao acolhimento implantado na referida unidade de saúde.

Métodos: Para tal, utilizou-se, como instrumento, um questionário dirigido que conteve itens relativos à: opinião do usuário quanto ao acolhimento; conduta adotada, motivo e resolutividade da demanda por parte dos usuários e características sócio-demográficas da amostra. Os dados foram analisados na planilha Microsoft Excel e no adicional estatístico EZAnalyze (versão 3.0). **Resultados:** A maior parte dos participantes (92%) responderam preferir os serviços da USF com o acolhimento implantado e, em relação à satisfação com o acolhimento, classificaram o acolhimento como bom (58,5%) e somente 2,5% o consideraram ruim. Os resultados corroboram com os achados da literatura científica sobre a satisfação dos usuários em relação ao acolhimento. **Conclusão:** Essa compreensão pode indicar decisões tanto estratégicas quanto operacionais que venham a colaborar para a melhoria da qualidade do serviço.

DESCRITORES

Acolhimento
Saúde da família
Usuário

ABSTRACT

Background and Objectives: User embracement is now an essential aspect of the humanization policy, as it offers attention and qualified listening to the Basic Health Unit (BHU) user. Considering the above, two preceptors from the Health Care Education Program (PET-Saúde/UFPE) (a physician and a nurse) from the Family Health Unit Sítio do Cardoso (USF) together with UFPE students performed this study while they participated in the Health Care Education Program (PET-Saúde/UFPE), to identify the importance of the user embracement to be implemented at USF, verifying the main healthcare demands and whether the users' needs were met. Thus, the present study aimed to evaluate user satisfaction at the Sítio do Cardoso BHU in relation to user embracement implemented in the health unit. **Methods:** For that purpose, a directed questionnaire that contained items related to user's opinion regarding embracement; the adopted conduct, reason and resolution of demand by the users and socio-demographic characteristics of the sample was used as tool. Data were analyzed in Microsoft Excel spreadsheet and the additional statistical program EZAnalyze (release 3.0). **Results:** Most participants (92%) answered that they preferred the BHU services with the implementation of embracement and in relation to satisfaction with the latter, it was classified as good (58.5%) and only 2.5% considered it bad. The results corroborate the findings of the scientific literature on user satisfaction in relation to the embracement. **Conclusion:** This comprehension can indicate both strategic and operational decisions that will contribute to the improvement of service quality.

KEYWORDS

Embracement
Family Health
User

INTRODUÇÃO

O modelo tradicional de ensino, muitas vezes desarticulado do Sistema de Saúde, não responde às necessidades de uma formação em que o princípio da integralidade da atenção é a base das práticas de saúde. Adicionalmente, as abordagens pedagógicas tradicionais utilizadas não habilitam os profissionais para enfrentarem o desafio de práticas cada vez mais complexas e em constante processo de transformação.

Nesse sentido, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde - têm como pressupostos a consolidação da integração ensino-serviço-comunidade e a educação pelo trabalho. Por esse motivo, o desenvolvimento desse Programa representa uma contribuição valiosa às mudanças na formação dos estudantes, considerando que a articulação destas iniciativas têm promovido a reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença, promovendo transformações nos processos de geração de conhecimentos, ensino-aprendizagem e de prestação de serviços de saúde à população; fomentar grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas para o serviço público de saúde caracterizando-se como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho e formação de estudantes de cursos de graduação da área da saúde, tendo em perspectiva a qualificação da atenção e a inserção das necessidades dos serviços como fonte de produção de conhecimento e pesquisa nas Instituições de Ensino Superior.

Nos países latino-americanos, entre as décadas de 60 e 70, sugeriu-se afirmar o processo saúde-doença como processo social, destacando que as formas de produção e reprodução social influenciavam-no quão intensamente às determinações biológicas. Deste modo, sob o marco teórico do materialismo histórico, a doença passou a ser analisada também sob o aspecto histórico-estrutural, cujo interesse se volta para a compreensão do adoecimento a partir do que é vivenciado pelos sujeitos. Logo, foi dada ênfase à influência de elementos como classe social, sexo, raça, migração, educação, ambiente de trabalho, crenças, atitudes e representações sociais¹.

Sob esse panorama nasce, nos anos 70, a Saúde Coletiva brasileira, como uma crítica ao modelo de saúde pública tradicional, o qual apontava para uma postura higienista/autoritária e caracterizava-se por ações coletivas de saúde que visavam o controle da ordem econômica e social².

A preocupação com um atendimento digno e humanizado surge e a discussão da humanização da assistência origina questões fundamentais que podem orientar a construção das políticas em saúde. Para o SUS, humanizar a atenção e a gestão em saúde é ofertar atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais³. Não desconsiderando a necessidade de adotar a Humanização como política transversal, entendida como um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações nos diversos serviços, nas práticas de saúde e nas instâncias do sistema, caracterizando uma construção coletiva⁴. A Humanização, como uma política transversal, supõe necessariamente que sejam ultrapassadas as fronteiras, muitas vezes rígidas, dos diferentes núcleos de saber/poder que se ocupam da produção da saúde⁵.

Em 2004, o Ministério da Saúde⁵ lançou a Política Nacional de Humanização (PNH) - "Humaniza SUS" - esta tem como princí-

pios norteadores: (i) valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização; (ii) estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos; (iii) fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade; (iv) atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS; (v) utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos.

As diretrizes de implantação da PNH na Atenção Básica são: (i) elaborar projetos de saúde individuais e coletivos para usuários e sua rede social, considerando as políticas intersetoriais e as necessidades de saúde; (ii) incentivar práticas promocionais de saúde; (iii) estabelecer formas de acolhimento e inclusão do usuário que promovam a otimização dos serviços, o fim das filas, a hierarquização de riscos e o acesso aos demais níveis do sistema; (iv) comprometer-se com o trabalho em equipe, de modo a aumentar o grau de co-responsabilidade, e com a rede de apoio profissional, visando à maior eficácia na atenção em saúde⁵.

A PNH considera que sujeitos sociais, atores concretos e engajados em práticas locais, quando mobilizados, são capazes de, coletivamente, transformar realidades, transformando-se a si próprios neste mesmo processo. O Humaniza SUS aponta para a possibilidade de construção de vínculos entre os diversos profissionais nas equipes e com usuários para produzir graus crescentes de autonomia e co-responsabilidade; na criação coletiva de saídas e na atuação em rede⁶.

Ao chegar à UBS, o paciente será recebido pelo profissional de saúde e este se responsabilizará por ele, ou seja, oferecerá ao paciente a oportunidade de ouvir suas queixas como também permitirá que ele expresse suas preocupações e angústias. Essa escuta permite que o profissional crie uma construção de vínculo, isto é, deposite no paciente uma esperança que o ajudará na resolução das suas dificuldades⁷.

Desse modo, conforme Ayres et al.⁸, o acolhimento está relacionado aos direitos éticos e morais, então se precisa de uma Ética Planetária e Humanitária para garantir que, a partir do acesso do usuário à UBS, ele seja acolhido com dignidade para garantirmos uma inclusão social com a escuta clínica humanizada e solidária, comprometendo-se com a construção da cidadania e do direito cívico.

A implantação do acolhimento na Unidade de Saúde da Família Sítio do Cardoso foi realizada de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Humanização do SUS, sendo esse iniciado em 2010, por ocasião da implantação do PET-Saúde, com atividades educativas realizadas por meio de encontros, palestras educativas multidisciplinares, rodas de conversas e oficinas temáticas elaboradas e implantadas pela equipe do PET-Saúde.

O presente estudo, ao identificar as demandas que surgem durante o acolhimento, abarcará as fragilidades subjetivas e das redes sociais, para além dos riscos biológicos, a fim de ampliar o repertório de ações e potencializar a capacidade dos profissionais de saúde da USF Sítio do Cardoso para lidar com os diversos fatores que interferem no processo saúde-doença dos usuários, a partir da escuta e atenção diferenciada.

Diante do exposto, a presente pesquisa teve como objetivo avaliar a satisfação do usuário da USF Sítio do Cardoso em relação ao acolhimento implantado na referida unidade de saúde.

MÉTODOS

O presente estudo é descritivo, de corte transversal. Os dados foram coletados na Unidade de Saúde da Família Sítio do Cardoso (Distrito Sanitário IV), situada em Recife-PE. A coleta de dados foi realizada entre março e junho de 2010 depois que o pré-projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE), sob o número 367/09.

Participaram do estudo inicialmente, 300 usuários que compareceram a USF, com idade a partir de dezoito anos, havendo uma desistência de 100 dos participantes durante o período da pesquisa, totalizando um quantitativo final de 200 usuários. Esses aceitaram participar da pesquisa, espontaneamente, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O questionário utilizado constituiu-se de itens relativos à: opinião do usuário quanto ao acolhimento; conduta adotada, motivo e resolutividade da demanda por parte dos usuários e características sócio-demográficas da amostra. Ele foi aplicado pelos pesquisadores (estudantes do PET-Saúde UFPE) aos usuários, os quais foram abordados após o Acolhimento.

Os dados foram tabulados e analisados com a planilha Microsoft Excel® e o adicional estatístico EZAnalyze na versão 3.0⁹ para serem apresentados através de tabelas e gráficos. As características da amostra foram expressas em frequência e percentagem. O tamanho da amostra foi determinado com o objetivo de estimar as prevalências dos dados obtidos com nível de confiança de 95% e erro amostral de 5%.

RESULTADOS

Conforme a análise dos dados encontrados, expressos na tabela 1, relativos às características sócio demográficas da população em estudo, pode-se observar que o maior percentual dos usuários atendidos no acolhimento corresponde aos jovens, com idade de 20-29 anos (21%), enquanto que os menores de 20 anos e os idosos constituem a menor parcela de atendidos (8 e 11% respectivamente). Há uma predominância de usuários do sexo feminino (85%) e, 58,5% dos entrevistados declararam ser pardos. Em relação ao grau de instrução, 53% afirmam ter frequentado a escola, não tendo concluído o ensino fundamental. Em relação ao estado civil, 52,5% afirmaram ser solteiros.

Quanto a ocupação, os resultados apontam um percentual de 37,5% de trabalhadoras do lar, o que pode ser atribuído ao fato de 85% da amostra ser composta por mulheres (Tabela 2).

De acordo com a Tabela 2, 64% das pessoas referiram não ter doenças crônicas, mas há uma parcela de hipertensos, que corresponde a 20,5% dos participantes da pesquisa.

Conforme a Tabela 3, 116 usuários (58%) foram à USF em busca de um atendimento médico (motivo da demanda) e destes, 108 (54%) usuários foram atendidos por consulta médica (conduta adotada).

Quanto à resolutividade da demanda, 82% pacientes tiveram sua demanda totalmente atendida, o que mostra que houve uma capacidade resolutiva da USF para atender a grande variedade de demandas recebidas (Tabela 3).

A Tabela 4 mostra que 92% dos usuários respondeu preferir os serviços da USF com o Acolhimento implantado. Em relação à satisfação com o acolhimento, eles classificaram o acolhimento como bom (58,5%) e somente 2,5% o consideraram ruim.

Tabela 1. Características sócio demográficas da amostra. Recife, 2011

Características	N	%
Faixa etária (anos)		
18-20	16	8
20-29	42	21
30-39	27	14
40-49	33	17
50-59	34	17
60- ou mais	22	11
Sexo		
Feminino	170	85
Masculino	30	15
Raça		
Pardo	117	58,5
Preto	56	28,5
Branco	26	13
Escolaridade		
Fundamental incompleto	106	53
Fundamental completo	32	16
Médio incompleto	23	11,5
Médio completo	22	11
Superior completo	3	1,5
Nenhuma	14	7
Estado Civil		
Solteiro	105	52,5
Casado	54	27
Viúvo	22	11
Estável	19	9,5

Tabela 2. Ocupação e Doenças crônicas. Recife, 2011.

Características	N	%
Ocupação		
Do lar	75	37,5
Empregado	52	26
Aposentado	30	15
Estudante	23	11,5
Desempregado	13	6,5
Biscateiro	7	3,5
Doença Crônica		
Não apresenta	128	64
HA	41	20,5
DM	10	5
Outros	9	4,5
HA/DM	4	2
HS	3	1,5
HS/DM	2	1
HA/DM/O	1	0,5
HA/DMT	1	0,5
HA/DF	1	0,5

HA=Hipertensão Arterial; DM= Diabetes Mellitus; HS= Hipertensão arterial sistêmica; O= outros; DMT=Diabetes mellitus transitória; DF=Desfibrilação

Tabela 3. Distribuição por motivo de demanda, conduta adotada e resolatividade. Recife, 2011.

	N=200	%
Motivo da demanda		
Consulta médica	116	58
Consulta enfermagem	68	34
Solicitação de Exames	13	6,5
Outros	3	1,5
Conduta adotada		
Consulta médica	108	54
Consulta enfermagem	54	27
Solicitação de Exames	36	18
Outros	2	1
Resolutividade da demanda		
Totalmente atendida	164	82
Parcialmente atendida	29	14,5
Não atendida	7	3,5

Tabela 4. Opinião do usuário quanto ao acolhimento. Recife, 2011.

	N=200	%
Preferência do serviço		
Com acolhimento	184	92
Sem acolhimento	8	4
Não opinou	8	4
Satisfação com Acolhimento		
Ótimo	61	30,5
Bom	117	58,5
Regular	8	4
Ruim	5	2,5
Não opinou	9	4,7

DISCUSSÃO

Os resultados dessa pesquisa levou a equipe do PET-Saúde a refletir a acerca do processo de construção do acolhimento. Dessa reflexão se constatou que há uma necessidade de preparação da equipe para atender a demanda da população, sendo essa uma tarefa complexa. Tal fato deve-se, em especial, à diversidade de necessidades biopsicossociais que requerem a atenção primária. Entretanto, o estabelecimento de uma escuta qualificada e comprometida oferece uma maior efetividade e resolatividade das necessidades da população.

Pesquisar acerca da satisfação dos usuários a respeito do acolhimento é uma tarefa fundamental, uma vez que essa compreensão pode subsidiar uma avaliação do desempenho da equipe de saúde sob a perspectiva do usuário, ao indicar decisões tanto estratégicas quanto operacionais que venham a colaborar para a melhoria da qualidade do serviço.

Assim, ao falar em resolatividade do serviço, é preciso buscar soluções para os problemas relatados pelos usuários, seja na própria USF ou através do encaminhamento a outros serviços.

Durante a realização dessa pesquisa, diversos pontos posi-

tivos foram observados, em relação à implantação do Acolhimento, o que é um resultado favorável e gratificante para os profissionais e usuários, ao considerar que esse estudo trouxe aspectos que podem ajudar na melhoria da qualidade do serviço de saúde.

Nesse sentido, a discussão dos dados obtidos permitirá a abertura de novos direcionamentos e novas reflexões para o aperfeiçoamento da construção do Acolhimento na USF Sítio do Cardoso.

Em relação à escassa participação dos idosos na pesquisa, os resultados reforçam a hipótese de que esse público, na sua maior parte, sofre de doenças crônicas ou são acamados e, portanto seu atendimento é garantido em consultas agendadas ou são acompanhados pelas visitas domiciliares, corroborando com os resultados anteriormente encontrados na literatura científica¹⁰. Já os usuários entre 20 e 29 anos têm demandas diferentes das do idoso, visto que suas necessidades de saúde são pontuais (quadros agudos que não requerem atendimento emergencial, solicitação de exames de rotina, entre outros) e podem ser resolvidas no próprio acolhimento.

Resultados de outras pesquisas¹¹⁻¹⁴ também demonstram uma maior procura e demanda das mulheres pelos serviços de saúde em relação ao público masculino, visto que os homens costumam recorrer aos serviços de saúde apenas quando a doença está mais avançada e, assim, precisam de assistência especializada, em vez de serem atendidos na UBS, perto de sua casa, principalmente por conta de barreiras socioculturais e institucionais que influenciam no seu autocuidado.

Em relação a cor/raça, segundo os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 91 milhões de pessoas (49,4%) se declararam de cor/raça parda ou preta, o que corresponde praticamente à metade da população do país. Destes, 35,8 milhões residem na Região Nordeste¹⁵. Esses dados nos chamam atenção para a relevância de temas de saúde que afetam a população afrodescendente no Brasil.

Os dados relativos à escolaridade podem estar associado ao nível socioeconômico da comunidade Sítio do Cardoso, cujas classes sociais predominantes são C (63%) e D (30%) de acordo com o Critério de Classificação Econômica Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa¹⁶.

O percentual de hipertensão arterial encontrado nesse estudo pode estar relacionado com as características da amostra, pois a hipertensão arterial é mais prevalente em mulheres, em indivíduos com desfavoráveis condições socioeconômicas e com baixa escolaridade. A hipertensão arterial é um importante fator de risco para doenças com origens cardiovasculares, caracterizando-se como uma das causas da redução da qualidade e expectativa de vida de grande parte dos brasileiros¹⁷.

No que se refere ao motivo da demanda e da conduta adotada estar voltada para consulta médica, demonstra que a população ainda costuma atribuir a figura do médico como detentora da resolatividade dos problemas de saúde, o que reforça o modelo clínico e a "medicalização" dos serviços de saúde¹⁸.

O fato dos usuários preferirem os serviços da USF com o Acolhimento implantado, corroboram com o estudo de Medeiros¹⁹, em que 79,2% dos participantes consideram o Acolhimento satisfatório, pois resolvem lá mesmo os seus problemas e apenas 20,8% acharam que o Acolhimento deixou a desejar. Essa pesquisa também reforça os dados encontrados aqui, pois 88,6% dos usuários classificaram como ótimo ou bom o serviço com o Acolhimento, 7,5% como ruim e 3,8% como péssimo.

Ayres e colaboradores⁸, em pesquisa realizada para avaliar a satisfação dos clientes com os serviços das Unidades Básicas de Saúde, encontraram que a maior parte dos usuários estavam insa-

tisfeitos com os serviços prestados, visto que relataram a espera prolongada para solicitar exames ou pedir encaminhamentos e a falta de priorização de casos graves. Daí a importância da implantação e da melhoria Acolhimento em toda UBS/USF, pois esse pode ser um instrumento de fortalecimento e valorização da relação entre usuário e o profissional, envolvendo a escuta, a valorização de suas queixas e a identificação das necessidades dos usuários.

O objetivo de avaliar a satisfação do usuário da USF Sítio do Cardoso em relação ao Acolhimento implantado foi alcançado com sucesso, considerando também que a análise dos resultados trouxe uma valiosa compreensão do tema que servirá de norte para tomada de decisões estratégicas e operacionais referentes ao Acolhimento nessa USF.

Deve-se ressaltar que a implantação do Acolhimento na USF Sítio do Cardoso ocorreu durante o desenvolvimento das atividades do PET-Saúde, sendo esse um dos pontos de relevância, significativa para a consolidação da integração ensino-serviço-comunidade. Além disso, essa experiência vivencial representa uma valiosa contribuição a formação humana e acadêmica de estudantes, bem como a reorientação de profissionais de saúde para a melhoria da prestação de serviços a população.

Diante desse desafio, o trabalho em equipe, o envolvimento de profissionais estudantes de diferentes saberes, permitiu que a interdisciplinaridade ocupasse um lugar de destaque nesse contexto, devido à sua relação direta com o sucesso dessa atividade. Esse trabalho também é visto como um motivador para os profissionais de saúde que atuam na realização do acolhimento.

REFERÊNCIAS

1. Cunha GT. A construção da clínica ampliada na atenção básica. *Cad. Saúde Pública*. 2007;23(7):1735-1742.
2. Carvalho SR. Saúde coletiva em promoção à saúde: uma reflexão sobre os temas do sujeito e da mudança. Doutorado. FCM/ Unicamp, Campinas. 2002.
3. Benevides R, Passos E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2005;10(3):561-571.
4. Goulart NGB, Chiari BM. Humanização das práticas do profissional de saúde - contribuições para reflexão. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2010;15(1):255-268.
5. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
6. Santos Filho SB, Barros MEB, Gomes RS. The National Humanization Policy as a policy produced within the healthcare labor process. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.* 2009;13(1):603-13.
7. Camelo SHH, Angerami ELS, Silva EM, et al. Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto. *Rev. Lat. Am. Enfermagem*. 2000;8(4):30-37.
8. Ayres RCV, Pereira AOE, Ávila SN, et al. Acolhimento no PSF: humanização e solidariedade. *O Mundo da Saúde*. 2006;30(2): 306-311.
9. Poynton TA. EZAnalyse (versão 3.0). 2007. Disponível em: [HTTP://www.enalyze.com](http://www.enalyze.com). Acesso em: 14 de janeiro de 2011.
10. Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad. Saúde Pública*. 2003;19(3):35-43.
11. Ávila MB, Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2003;19(2):465-469.
12. Bemfam, Sociedade Civil Bem-estar Familiar no Brasil. *Pesquisa Nacional Saúde Reprodutiva e Sexualidade do Jovem*. 1992.
13. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad. Saúde Pública*. 2007;23(3):565-574.
14. Nascimento EF, Gomes R. Marcas identitárias masculinas e a saúde de homens jovens. *Cad. Saúde Pública*. 2008;24(7):1556-1564.
15. IBGE. Diretoria de Geociências. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD, 2005. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhorendimento/pnad2005>. Acesso em: 26 de março de 2011.
16. Lins LH. Transtornos Depressivos em Escolares de uma Comunidade da Cidade do Recife. Tese (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Neurociências, UFPE, Recife, 2011.
17. Brasil, Ministério da Saúde. Guia para o controle da hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
18. Luz MT. Racionalidades médicas e a terapêutica alternativa. *Série Estudos em Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ. 1993;(62).
19. Medeiros FA, Araújo CAS, Albuquerque AA, et al. Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. *Rev. Saúde Pública*. 2010;12(3):402-413.

ARTIGO ORIGINAL

Conhecer para cuidar: percepção do acolhimento entre usuários e profissionais na experiência do PET-Saúde

Learn to care: perceptions of reception between users and professional of the health-PET Program experience

Jeanne Cunha Santos¹

¹Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife/PE.

Recebido em: 27/04/2012

Aceito em: 03/09/2012

jeannecunha_@hotmail.com

RESUMO

Justificativa e Objetivos: O acolhimento é ferramenta necessária para promover mudança no processo de trabalho em saúde, construir laços capazes de manter a relação terapêutica, garantir qualidade de acesso aos serviços de saúde e promover a autonomia do cidadão. Essa pesquisa teve como objetivo analisar o acolhimento em saúde a partir da percepção de usuários e profissionais de saúde de uma Unidade de Saúde da Família de Recife-PE. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo, utilizando a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. Os dados foram coletados através de observação direta e entrevista semi-estruturada aplicado a 11 profissionais e 28 usuários. **Resultados:** Para a maioria dos entrevistados o acolhimento seria instrumento de humanização concretizado a partir da formação do vínculo, da organização do processo de trabalho, da gestão participativa e da qualidade do acesso oferecido pelo serviço. **Conclusão:** Conclui-se que o acolhimento pode ser considerado uma nova tecnologia do cuidado no âmbito da saúde, já que contempla toda a estrutura organizacional e filosófica da Estratégia de Saúde da Família, fazendo-se necessário uma participação ativa e efetiva de todas as categorias profissionais para sua concretização na prática.

DESCRITORES

Acolhimento
Saúde da família

ABSTRACT

Background and Objectives: The host is a necessary tool to promote changes in the in health work process, building capable links of maintaining the the citizens therapeutic relationship, ensuring quality of access to health services and promote the autonomy. This study aimed to examine health care from the perspective of users and health professionals from a Family Health Unit of Recife, city. **Method:** This is a descriptive, qualitative technique using the Collective Subject Discourse. Data were collected through direct observation and semi structured interviews applied to 11 professionals and 28 users. **Results:** For the majority of respondents would welcome the tool of humanization accomplished through the formation of the bond, the organization of the work process, participatory management and quality of access offered by the service. **Conclusion:** We conclude that the host can be considered a new technology in health care, as viewing all of the organizational structure and philosophy of the Family Health Strategy, making it necessary to participate actively and effectively in all occupational categories for its realization in practice.

KEYWORDS

Home
Family Health Strategy

INTRODUÇÃO

De acordo com a Constituição Federal de 1988, que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS) e define seus princípios e diretrizes, de universalidade, integralidade, equidade, descentralização, hierarquização e participação popular; a saúde torna-se direito de todos e dever do estado¹.

Em 1994 o Programa de Saúde da Família (PSF) passa a ser a porta de entrada do SUS, ou seja, a ponta que une os serviços de média e alta complexidade. O Ministério da Saúde (MS) aposta no acolhimento e formação de vínculos entre profissional de saúde e a comunidade para tornar efetivos os princípios e diretrizes do SUS, principalmente no que tange à integralidade².

Neste parâmetro o Programa de Educação pelo trabalho na Saúde (PET-Saúde), tem como objetivo promover vivências que permitam aos acadêmicos da saúde, serviço social e psicologia compreender a lógica do SUS e suas necessidades, de forma a construir um raciocínio crítico, que leve a implementar os serviços em saúde e torná-los capacitados para enfrentar a futura realidade profissional.

Esse programa não traz apenas benefícios aos acadêmicos, mas proporciona a reaproximação dos profissionais à academia, permitindo educação continuada e uma visão ampla das dificuldades vivenciadas no dia-a-dia do serviço, o PET-Saúde objetiva também promover melhorias não só no atendimento profissional-usuário, mas um enriquecimento pessoal do profissional.

O que se observa na teoria é a importância do acolhimento como ferramenta necessária para promover mudança na organização do processo de trabalho, construir laços capazes de manter a relação terapêutica, garantir acessibilidade e qualidade de acesso aos serviços de saúde promovendo a autonomia do sujeito enquanto cidadão, portador de direitos e deveres e participante ativo no processo de produção de saúde.

Essa problemática inquietante despertou o interesse de se observar na prática, a possibilidade do acolhimento ser considerado uma nova tecnologia de trabalho no âmbito da saúde, e como tecnologia leve seja, portanto, capaz de despertar um novo olhar para o cuidado e no modo de fazer saúde, transformando às pessoas de objetos a sujeitos protagonistas do cuidado.

Diante disso e de acordo com os princípios e diretrizes que o SUS preconiza, faz-se necessário uma análise do acolhimento, no trabalho vivo em ato, no que concerne a gestão do cuidado em saúde, para que de fato possamos compreender as reais necessidades do usuário da rede básica de saúde; pressupondo que o acolhimento na prática dos serviços de saúde influencia na relação de vínculo entre o profissional de saúde e os usuários, na organização do processo de trabalho da Unidade de Saúde da Família (USF), no reconhecimento do usuário como sujeito autônomo e no acesso aos serviços.

Com base nessa hipótese o objetivo geral desse estudo foi analisar o acolhimento dos usuários do SUS confrontando a teoria com a realidade dos serviços, a partir da percepção dos usuários e dos profissionais de saúde em uma USF de Recife-PE.

METODOLOGIA

Este estudo faz parte das vivências das acadêmicas em saúde através do PET-Saúde/MS como resultado das atividades desenvolvidas no primeiro ano do PET-Saúde na Universidade Federal de Pernambuco, compreendido entre março de 2009 a abril de 2010.

O referido trabalho foi realizado no período de setembro de 2009 a junho de 2010, em uma USF localizada no distrito sanitário V, em Recife-PE, cadastrado no PET-Saúde e que não possui acolhimento sistematizado.

Trata-se de um estudo descritivo, que ambiciona estimar parâmetros de uma população. É ao mesmo tempo exploratório, uma vez que não se limita ao levantamento de determinadas questões ou situações, mas implicam também em observação, análise, estudo e avaliação que conduza a conclusões sobre o objeto de observação; com abordagem qualitativa, ou seja, com o propósito de compreender os fenômenos na sua totalidade e no contexto em que ocorrem; visando analisar acolhimento aos usuários do SUS confrontando a teoria com a realidade dos serviços, a partir da percepção dos mesmos e dos profissionais de saúde na unidade em estudo³.

Foi utilizada a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) de Lefevre Lefevre, para análise dos resultados e aprofundamento das categorias, já que esta técnica consiste em analisar depoimentos provenientes de questões abertas, agrupando os estratos dos depoimentos de sentido semelhante, para posterior discussão dos resultados sob a forma de discursos-síntese redigidos na primeira pessoa do singular, como se uma coletividade estivesse falando⁴.

No referido trabalho não foi extraído as temáticas centrais uma vez que as mesmas emergiram de uma revisão sistemática, feita anteriormente pelas autoras que conduziu os questionamentos utilizados como instrumento de entrevista⁵.

A coleta de dados foi feita através da observação direta por meio de um check-list que conduziu a observação da rotina da unidade, que inclui: visita domiciliar, consultas, campanhas de saúde com a população e reuniões administrativas com todos os profissionais que integram a equipe mínima de saúde da família financiada pelo MS, ou seja, um médico, um dentista, um auxiliar de consultório dentário, um enfermeiro, um técnico em enfermagem e seis agentes comunitários de saúde, embora a unidade possua outras categorias profissionais. Em relação aos usuários, a observação direta foi realizada nos seguintes momentos: sala de espera, nos consultórios e nos domicílios.

Além da observação direta foi utilizado um formulário de entrevista semi-estruturada, aplicado tanto para os profissionais quanto para os usuários, no qual se utilizou também a técnica de gravação para posterior transcrição dos dados e análise dos resultados.

O formulário da entrevista semi-estruturada foi construído com as temáticas centrais norteadoras que emergiram de um estudo de revisão bibliográfica feito anteriormente pelas autoras. Para os usuários foram feitos os seguintes questionamentos sobre acolhimento: Para você o que é acolher? De que forma você se sente acolhido? Qual profissional que lhe proporciona maior acolhimento e por quê?

Para interligar os resultados outros questionamentos foram levantados para os profissionais. Emergiram os seguintes questionamentos sobre acolhimento: Para você o que é acolher? Para você acolher é importante, por quê? De que maneira você promove o acolhimento? Existem obstáculos para acolher? Quais?

As entrevistas foram realizadas na USF, em ambiente reservado, para evitar viés na pesquisa, pois sendo realizada em domicílio com a presença do Agente Comunitário de Saúde (ACS) poderia causar constrangimento do entrevistado em responder aos questionamentos.

A amostra referente aos usuários foi definida pela técnica

de saturação dos dados, que é usada para estabelecer ou fechar o tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo a captação de novos componentes, o que totalizou 28 usuários⁶. Quanto aos profissionais, a amostra foi de 11 profissionais, composta de: um médico, um dentista, um auxiliar de consultório dentário, um enfermeiro, um técnico em enfermagem e seis agentes comunitários de saúde.

Este estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), atendendo às exigências da Resolução nº 196/96 do Ministério da Saúde que trata de pesquisas com seres humanos com CAAE 0335.0.172.000-09.

O termo de consentimento livre e esclarecido foi lido pelos participantes e assinado o consentimento do qual o mesmo ficou com uma cópia e o pesquisador com outra. Foi assegurada a confidencialidade das fontes de informação, cujos profissionais e usuários tiveram seus nomes preservados, sendo tratados no decorrer da pesquisa por pseudônimos.

RESULTADOS

Foram entrevistados 28 usuários e 11 profissionais no distrito sanitário V em Recife-PE. Entre os usuários a faixa etária variou de 18 a 66 anos. A amostra identificou idades variadas com porcentagem relevante. A faixa etária predominante foi entre 29-39 anos e a menos prevalente foi à faixa etária maior que 62 anos, o que evidencia a mínima demanda espontânea por parte desses idosos à USF em horários não compatíveis com a rotina da unidade para esta classe, já que esses são contemplados com o grupo de hipertensos e diabéticos.

Entre os usuários, predominou o sexo feminino com 96,4%, o que já era esperado devido ao fato de que a mulher é mais preocupada com a sua saúde e a dos filhos, portanto dedica mais tempo procurando o serviço de saúde. Outro fator identificado na pesquisa e que pode influenciar no dado anterior foi o índice de mulheres donas de casa (46,4%). A baixa escolaridade dos usuários, mostrada na tabela 1, pode ser um reflexo da baixa renda familiar, embora ela não tenha sido contemplada na pesquisa. A maior prevalência de usuários com ensino fundamental incompleto (46,4%), também pode ter refletido na dificuldade que eles apresentaram para responder a entrevista, assim como o tema acolhimento não ter sido alvo de discussões nas reuniões de grupo na unidade em estudo, e, portanto, algo desconhecido pelos usuários.

Dentre os 11 profissionais entrevistados a faixa etária predominante esteve entre 30-45 anos, o que demonstra que esses profissionais não estão inclusos nos extremos de idades, ou seja, não são profissionais recém-formados e nem em fim de carreira.

Em relação a tempo de serviço, 45,4% dos entrevistados estavam entre 2-7 anos. Embora alguns dos entrevistados, profissionais e usuários, tenham referido que tempo não é fator relevante para a formação de vínculo quando comparado com a confiança mútua entre profissionais e usuários, foi evidenciado que a média de tempo de serviço encontrada foi relativamente alta, o que possibilitaria um conhecimento amplo da área adstrita pelos profissionais, favorecendo o entrosamento da equipe multiprofissional da USF, além da formação de vínculo efetivo

Tabela 1. Caracterização dos usuários entrevistados quanto à idade, escolaridade, ocupação e duração da entrevista. Recife, 2010.

Características	N	%
Idade		
18 – 28 anos	5	17,9
29 – 39 anos	9	32,1
40 – 50 anos	7	25
51 – 61 anos	5	17,9
Maior que 62 anos	2	7,1
Sexo		
Feminino	26	96,4
Masculino	1	3,6
Escolaridade		
Analfabeto	5	17,9
Fundamental Incompleto	13	46,4
Fundamental Completo	3	10,7
Médio Incompleto	2	7,1
Médio Completo	5	17,9
Ocupação		
Auxiliar de higiene	1	3,6
Auxiliar de serviços gerais	1	3,6
Comerciante	1	3,6
Desempregado	4	14,3
Doméstica	3	10,7
Dona de casa	13	46,4
Informal	4	14,3
Professora	1	3,6
Duração da Entrevista		
Desistiu da Entrevista	2	7,1
5 – 15 minutos	21	75
16 – 26 minutos	5	17,9

com a comunidade, baseado no grau de confiança como citado pelos entrevistados.

Embora a equipe de saúde da família seja diversificada em relação ao sexo, destaca-se o sexo feminino entre os ACS's, já que 100% deles são do sexo feminino, na unidade em estudo. Quanto ao nível de escolaridade, ensino médio completo é um critério de seleção para o cargo de ACS, porém todos tinham algum tipo de formação a mais somada ao currículo. O que talvez tenha favorecido na facilidade em responder a entrevista, além de relatarem um bom preparo teórico por parte do médico e enfermeiro da unidade, fato esse também observado pelas pesquisadoras.

Quanto aos profissionais de nível superior (médico, enfermeiro e dentista), todos possuíam especialização em saúde da família, além de outras formações atreladas ao currículo. Esse fato é importante já que demonstra um interesse dessa equipe em abranger seus conhecimentos na área em que atuam o que pode favorecer o compromisso com a sua formação sendo, portanto capazes de estabelecerem estratégias para melhoria da assistência no seu serviço.

Tabela 2. Caracterização dos profissionais entrevistados quanto a idade, tempo de serviço e duração da entrevista. Recife, 2010.

Características	N	%
Idade		
30 – 35 anos	5	45,4
40 – 45 anos	4	36,4
50 – 55 anos	2	18,2
Sexo		
Feminino	10	90,9
Masculino	1	9,1
Tempo de Serviço		
2 – 7 anos	5	45,4
8 – 13 anos	3	27,3
14 – 19 anos	3	27,3
Duração da Entrevista		
10 – 20 minutos	8	72,7
21 – 31 minutos	2	18,2
32 – 42 minutos	1	9,1

USUÁRIO

Quando os usuários foram questionados sobre acolhimento, a maioria teve dificuldade em responder. Um dos motivos foi nunca ter escutado sobre acolhimento na unidade, como relatado anteriormente, porém após as pesquisadoras compararem acolhimento com o acolher em sua própria casa, rapidamente eles discorriam a respeito. Encontramos que acolher para os usuários está diretamente ligado com um bom atendimento, incluindo: educação, atenção, cuidado, resolução dos problemas de saúde e esclarecimento de dúvidas. DSC/U₁: "Eu acho assim, é quando precisar ser bem atendida, receber atenção." DSC/U₂: "Atender bem, ser educado, mandar sentar..." DSC/U₃: "É quando a gente faz tudo pra agradar aquela pessoa e o que for possível." DSC/U₄: "Eu espero que quando eu chegue eles conversem comigo e me escutem."

Também muitos usuários fizeram alusão ao vínculo quando questionados sobre acolhimento, comentando que precisam sentir-se bem acolhidos para que possam voltar à unidade, ou seja, formarem vínculo. DSC/U₁: "É tratar bem, porque se você chega no posto e não é atendido bem, eles querem mais é ver você pelas costas." DSC/U₂: "Quem quer ser tratado mal? Se chega até um animal, se você não tratar bem ele não quer mais saber de você." DSC/U₃: "A pessoa tem que ser conhecida pra gente acolher e também bem próximo da gente."

Os usuários, em sua maioria disseram que se sentiam acolhidos pelos profissionais da unidade, ainda assim 21,4% da amostra responderam que não se sentiam acolhidos. DSC/U₁: "Nem sempre eu fui acolhido, teve vez de eu precisar pegar um remédio e não fui atendida, eu não fui bem atendida e não me senti acolhida... Já teve vez de eu vim aqui com minha mãe passando mal e me responderam: "E eu com isso?" não senti aquele apoio sabe?" DSC/U₂: "eu acho que eu não sou bem acolhida aqui no posto, eu até deixei de vim mais pra cá. Se tivesse médicos especialistas... A reunião de grupo não é aquela coisa, o atendimento demora também."

Em sua maioria, os usuários responderam que se sentem mais acolhidos pela médica. Também uma grande parcela dos usuários entrevistados se referiu ao ACS e ao técnico em enfermagem. Já o enfermeiro não foi citado como protagonista no acolhimento, e

a dentista foi referida por poucos usuários. É importante salientar que embora muitas vezes a comunidade não distinga as categorias profissionais, a referida comunidade soube demonstrar, ao longo dos discursos a distinção das categorias profissionais, em alguns momentos nominando-as.

DSC/U₁: "A médica, porque sempre que eu venho pra ela, ela sempre conversa. Sempre está disposta a me ouvir, me indicar o que deve ser feito, o que não deve... eu sou assim um pouco nervosa, no modo de falar, e ela faz: "Calma! Fale do seu jeito, fale do seu jeito, não se preocupe com nada não". Ela me deixa bem." DSC/U₂: "Com a dentista, eu vou lá conversar com ela e até mesmo na rua se eu encontrar e perguntar: "Doutora você vai tá qual dia no posto?" Então ela não tem esse negócio, já se eu encontrar uma agente de saúde ela diz: "Vá lá no posto que a gente conversa". DSC/U₃: "Com minha agente, ela sempre me procura." DSC/U₄: "A técnica, porque quando eu venho aqui ela me atende muito bem, pra aplicar injeção, eu pergunto: "Você pode aplicar?", ela diz: "Posso"."

PROFISSIONAIS

Em relação aos profissionais, o acolhimento foi citado quanto à boa recepção, o fornecimento de informações, resolutividade dos problemas, valorização do paciente, dedicação ao seu serviço. A partir disso, eles referiram promover o acolhimento fazendo educação em saúde, tentando interagir com o usuário e proporcionando um conforto dentro das possibilidades da unidade. DSC/P₁: "É receber aquela pessoa. Ver as necessidades daquela pessoa e achar uma solução." DSC/P₂: "Acolher é se importar, acolher é ver o outro como uma pessoa, não como um paciente, não como uma parte doente, mas como uma pessoa que precisa de atenção e que veio em busca de atenção." DSC/P₃: "A gente promove o acolhimento respondendo as perguntas mais importantes para o usuário, dando as informações necessárias e na medida do possível tentando resolver o problema que ele trouxe para a unidade." DSC/P₄: "Aqui ainda não tem aquela manhã só com acolhimento como deveria ser, sistematizado. A gente faz acolhimento procurando saber o que o usuário quer. Se tem uma coisa que aqui não faz a gente já encaminha, tenta resolver da forma que for."

Um total de 27,3% dos profissionais relataram que existem obstáculos para o acolhimento, como a dificuldade em atender a demanda espontânea, a necessidade com que o acolhimento seja mútuo e devido às dificuldades nas quais a unidade enfrenta quanto a sua estrutura física, que não favorece um ambiente confortável, acolhedor. 100% dos profissionais disseram que acolher é importante, e assim como os usuários fizeram alusão ao vínculo como consequência do acolhimento. Eles se referiram ao acolhimento como algo necessário para enxergar o indivíduo integralmente.

DISCUSSÃO

Merhy *apud* GOMES; PINHEIRO (2005) refere que o acolhimento se traduz numa relação acolhedora e humanizada que deve ser estabelecida entre o profissional e o usuário⁷. Nesse mesmo estudo, foi evidenciado que acolhimento, segundo o dicionário Aurélio da Língua Portuguesa, significa: atenção, consideração, receber, atender, dar ouvidos, etc. Segundo Coelho e Jorge (2009) o acolhimento seria a primeira ação a ser realizada por toda a equipe, ao receber o usuário na unidade, para que estratégias de cuidado sejam traçadas e as reais exigências do indivíduo sejam contempladas⁸.

Assim como esses autores, o resultado que emergiu sobre acolhimento tanto em relação aos usuários quanto profissionais no presente estudo, evidenciou que o mesmo seria a principal

ferramenta para garantir uma relação humanizada, a partir da formação de vínculo, de uma escuta clínica qualificada, da capacidade de solidariedade da equipe com a necessidade do usuário e da responsabilização mútua sobre o estado de saúde do mesmo. Sendo assim, todos os profissionais concordaram com a importância do acolhimento inserido na prática dos serviços de saúde, referindo promovê-lo principalmente através da educação em saúde e boa receptividade dos usuários dentro das possibilidades da unidade.

A parcela dos usuários que informou não se sentir acolhido pelos profissionais, e dos profissionais que informaram existir obstáculos para acolher, relacionava este sentimento com algum tipo de dificuldade de acesso e/ou organização do processo de trabalho, que ainda a USF enfrenta, embora em suas falas não haja essa co-relação direta, como também evidenciada por Souza; Vilar; Rocha *et. al.* (2008)⁹.

Essa percepção dos usuários pode estar ligada a pouca compreensão sobre a lógica da USF, fato que pode interferir na aplicação do acolhimento sistematizado. Outro problema compartilhado por profissionais e usuários, foi que o serviço de saúde não consegue suprir toda a demanda somado ao fato da USF não possuir um espaço físico acolhedor, e que para haver acolhimento é necessária solidariedade mútua, termina influenciando na qualidade do acesso e na garantia do acolhimento usuário/profissional sentida por eles. Conforme outras pesquisas qualitativas, o acolhimento é de responsabilidade de toda a equipe multiprofissional que compõem a USF, porém a discussão dos usuários sobre o tema resultou numa relação mais acolhedora por parte do médico e do ACS.

Em relação ao médico, além dos discursos, observou-se na prática pelas pesquisadoras que a preferência pelo profissional médico poderia ser explicada historicamente pelo fato da medicina ter se firmado como profissão pioneira quando relacionado à cura de doenças, embora a ESF queira reverter essa lógica, sabe-se que, para tal fato se consolidar é necessário anos para uma mudança cultural da população. Somado a isso, o perfil curricular e pessoal do profissional médico da unidade em estudo, favorece uma relação acolhedora observado pelas pesquisadoras e reafirmado pelos usuários como um profissional sempre receptivo, capaz de ouvir, solidário, disponível e que consegue atender seus usuários integralmente.

O que justificaria os ACS's terem sido citados pelos usuários seria o fato deles pertencerem a comunidade e irem a busca dos usuários nas visitas domiciliares, facilitando a formação do vínculo e promovendo uma relação humanizada proporcionada pelo acolhimento.

Após uma avaliação dos discursos dos usuários e profissionais, para que o acolhimento seja uma ferramenta facilitadora na organização do processo de saúde e, portanto capaz de reverter à descrença histórica dos profissionais e usuários sobre os serviços públicos de saúde, além do desconhecimento da proposta da USF, é necessário que haja eficácia nas ações dos profissionais de saúde e consequente satisfação dos usuários que buscam o serviço de saúde³.

Embora essa pesquisa não seja de cunho avaliativo, não podemos deixar de lado a importância do acolhimento como parâmetro relevante para avaliação da qualidade da assistência, como evidenciado durante a pesquisa, não só na atenção básica, mas em todas as complexidades do sistema de saúde vigente no Brasil.

É preciso lembrar que o objetivo principal deste trabalho é mostrar a necessidade de se falar em acolhimento, para que se possa considerá-lo uma nova tecnologia do cuidado no âmbito da saúde, como enaltecido no estudo. Partindo do pressuposto de que não se tem como elaborar um plano de cuidado sem acolhimento e assim implantar um acolhimento sistematizado, que seja personalizado, sem a percepção dos usuários e dos profissionais de saúde sobre esse assunto.

Só após um diagnóstico de área, incentivado por projetos do Ministério da Saúde com o intuito de promover a iniciação dos acadêmicos em saúde, psicologia e serviço social na realidade do SUS; é que foi perceptível o grande desafio da USF em consolidar o que já foi conquistado e de buscar novas práticas e mecanismos inovadores que reafirmem a USF dentro do panorama da saúde pública brasileira.

Sendo assim, e levando em consideração a fala dos diversos autores, citados anteriormente, além dos discursos dos profissionais e usuários inseridos na prática do serviço; o acolhimento torna-se imprescindível para organizar, implementar, sistematizar, coordenar e avaliar as políticas de saúde pública, principalmente no que se refere ao processo de trabalho da unidade de saúde da família e na rede básica como um todo.

Dessa forma, o trabalho em equipe com uma visão multiprofissional, a inclusão de novas categorias profissionais na USF, a qualificação do profissional que está na ponta, o perfil adequado para o trabalho na rede básica de saúde, a educação continuada, a produção de pesquisas que envolvam integralidade, e as experiências desde universitário, do profissional, atrelada às necessidades do SUS e seus usuários, somados, são condições *sine qua non* que contribuirão para o sucesso do Programa de Saúde da Família e enfim para a consolidação do acolhimento na prática. Essa tarefa exige esforço mútuo entre profissionais e usuários, para garantir uma gestão participativa de forma a permitir produzir mudanças significativas na programação e planejamento das ações e serviços do sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Constituição Federal de 1988 - Atualizada até a Emenda Constitucional nº 57, de 18/12/2008. 2009. 319 p.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 196/96. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília: 10 out. 1996.
3. Santos DLC, Superti L, Macedo MS. Acolhimento: qualidade de vida em saúde pública. Boletim da Saúde. 2002;16(2):30-51.
4. Lefevre F, Lefevre AMC. O Discurso do Sujeito Coletivo. Um novo enfoque em pesquisa qualitativa. Desdobramentos. Caxias do Sul, Educs 2003.
5. Santos JC, Santos BG, Vasconcelos EMR. Acolher para Cuidar: análise do acolhimento e vínculo no que concerne à Gestão do Cuidado na proposta do PET-Saúde. 2ª Mostra de Saúde Recife/9ª Conferência Nacional de Saúde 2009.
6. Esmeraldo G, Rose OV, Oliveira LC, Sousa KMM. Análise do acolhimento na estratégia de saúde da família sob a perspectiva do usuário. Rev. APS, 2009. 12(20):119-130.
7. Gomes MCPA, Pinheiro R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. Interface (Botucatu). 2005;9(17):287-301.
8. Coelho MO, Jorge MSB. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. Ciênc. Saúde Coletiva. 2009;14(suppl.1):1523-1531.
9. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. Cad. Saúde Pública. 2008;24(suppl.1): 100-110.

ARTIGO ORIGINAL

Auditoria em unidade de terapia intensiva: vigilância de procedimentos invasivos *Intensive care unit audit: invasive procedure surveillance*

Mariama do Amaral Michels¹, Nídea Rita Michels Dick², Ricardo Ariel Zimmerman³, Rafael Rossel Malinsky⁴

¹Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Hospital da Brigada Militar de Porto Alegre/RS; ²Quadro de Saúde da Brigada Militar de Porto Alegre/RS; ³Comissão de Controle de Infecção Hospitalar da Brigada Militar e Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre/RS; ⁴Quadro de Saúde da Brigada Militar de Porto Alegre/RS.

Recebido em: 14/05/2012
Aceito em: 21/01/2013

mariama.michels@hotmail.com

RESUMO

Justificativa e Objetivos: atualmente, as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) constituem sério problema de saúde pública. Estima-se que a cada dez pacientes hospitalizados, um terá infecção após sua admissão, gerando custos elevados resultantes do aumento do tempo de internação, intervenções terapêuticas e diagnósticas adicionais. A unidade de terapia intensiva (UTI), por suas características, constitui uma das unidades mais complexas do ambiente hospitalar, consequência dos equipamentos, da tecnologia disponível, da gravidade dos pacientes internados e aos procedimentos invasivos que são submetidos. O objetivo do estudo foi avaliar a aderência às medidas específicas de prevenção de IRAS em procedimentos invasivos na UTI. **Métodos:** O presente estudo teve uma abordagem quantitativa, de caráter descritivo e exploratório. Entre os fatores de risco para IRAS são a presença de acesso venoso central, sondagem vesical de demora e ventilação mecânica, portanto, os indicadores foram calculados para pacientes com estes procedimentos invasivos, através de questionário padronizado pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). **Resultados:** A cada 1000 pacientes, 15 pacientes apresentaram infecção de corrente sanguínea associada ao cateter, 6,85 apresentaram infecção urinária relacionada à sondagem vesical de demora, durante o primeiro semestre de 2010. **Conclusão:** a maioria das IRAS não pode ser prevenida, por razões inerentes aos procedimentos invasivos e aos próprios clientes. Todavia, podem ser reduzidas e controladas. A implementação de medidas de prevenção baseadas em evidências científicas pode reduzir as IRAS de forma significativa e sustentada, trazendo segurança na assistência e redução de custos. Entre os principais meios de prevenção incluem-se a higienização de mãos, uso das medidas de bloqueio epidemiológico quando necessário, e cuidados específicos para cada sítio de infecção.

DESCRITORES

Infecção hospitalar
Unidades de terapia intensiva

ABSTRACT

Rationale and objective: currently, Healthcare-associated Infections (HAIs) constitute a serious public health problem. It is estimated that for every ten hospitalized patients, one will have infection after admission, generating high costs resulting from increased length of hospitalization, additional diagnostic and therapeutic interventions. The intensive care unit (ICU), due to its characteristics, is one of the most complex units of the hospital environment, a result of the equipment, the available technology, the severity of inpatients and the invasive procedures the latter are submitted to. The aim of the study was to evaluate the adherence to specific HAI prevention measures in invasive ICU procedures. **Methods:** This study had a quantitative, descriptive and exploratory approach. Among the risk factors for HAIs are the presence of central venous access, indwelling vesical catheter and mechanical ventilation, and, therefore, the indicators were calculated for patients undergoing these invasive procedures, through a questionnaire standardized by the Hospital Infection Control Commission (HICC). **Results:** For every 1,000 patients, 15 had catheter-related bloodstream infection, 6.85 had urinary tract infection associated with indwelling catheter in the first half of 2010. **Conclusion:** most HAIs cannot be prevented, for reasons inherent to invasive procedures and the patients. However, their incidence can be reduced and controlled. The implementation of preventive measures based on scientific evidence can reduce HAIs significantly and sustainably, resulting in safer health care services and reduced costs. The main means of prevention include the cleaning of hands, use of epidemiological block measures, when necessary, and specific care for each infection site.

KEYWORDS

Nosocomial infection
Intensive care units

INTRODUÇÃO

A prevenção eficiente das Infecções Relacionadas aos Serviços de Saúde (IRAS) é uma das tarefas fundamentais numa instituição de saúde para garantir os atendimentos com qualidade aos pacientes que a procuram. Com o surgimento e a crescente proliferação, nos últimos anos, de microrganismos multirresistentes, as Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) passaram a ter maior necessidade de monitorar procedimentos invasivos.

Segundo a Portaria 2616/98 a CCIH na estrutura organizacional é um órgão de assessoria da Diretoria Clínica, sendo de sua competência a elaboração e implementação de Programas de Controle das Infecções Hospitalares (PCIH). A função da auditoria na CCIH é identificar problemas na estrutura, no processo e no resultado, fornecendo informações que possibilitem ações que melhorem a qualidade da assistência. A auditoria hospitalar é unidade administrativa que tem a capacidade de auxiliar os gestores no cumprimento da missão e na continuidade da entidade, como consequência, capacidade de inovar, fazendo mais e melhor com menos recursos, atingindo metas previamente definidas e agregação de pessoas cada vez mais satisfeitas com o padrão de serviços oferecidos¹.

Atualmente, as IRAS constituem sério problema de saúde pública. Estima-se que a cada dez pacientes hospitalizados, um terá infecção após sua admissão, gerando custos elevados resultantes do aumento do tempo de internação e de intervenções terapêuticas e diagnósticas adicionais². A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) 07 de 25 de fevereiro de 2010 dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e da prevenção e controle das IRAS emana que, devem ser cumpridas as medidas de prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde definidas pelo PCIH³.

As IRAS em UTI são ocasionadas pela quebra de barreiras necessárias para a manutenção da vida do paciente⁴. Esta unidade por suas características constitui uma das unidades mais complexas do ambiente hospitalar, consequência dos equipamentos, da tecnologia disponível, e da gravidade dos pacientes internados e aos procedimentos invasivos que são submetidos.

Conforme Camargo et al (2004), a UTI é um espaço reservado nos hospitais para o tratamento de pacientes graves⁵. Enquadram-se na definição de pacientes graves, os que necessitam de cuidados intensivos e frequentes, destinados a manter suas funções vitais, os agudamente enfermos, acometidos de doença aguda ou crônica, que resulta em risco imediato de vida, os com exacerbação de doenças crônicas nas mesmas condições, os que convalescem de eventos agudos, mas que persistem necessitando de cuidados intensivos e os que estão em pós-operatório de cirurgias de grande porte que requerem monitorização intensiva.

A Portaria 2616/98 emana que, sistema de vigilância epidemiológica é a contínua e sistemática coleta, análise e interpretação de dados essenciais para o planejamento, implementação e avaliação das práticas de saúde, perfeitamente integrada com a disseminação em tempo real para aqueles que precisam saber destes dados⁶.

Em 1963, o Center for Disease Control (CDC) recomendou como rotina a prática da vigilância epidemiológica das infecções hospitalares (IH), além de estabelecer a necessidade de sistematização dessa em todos os hospitais, propondo a utilização de métodos epidemiológicos que direcionariam as medidas de controle⁷.

A análise dos processos deve pautar-se na busca da melhoria contínua, ter caráter periódico, sistemático e ter seus resultados

sempre divulgados às partes interessadas. Três categorias de fatores de risco associadas à aquisição de infecções hospitalares têm sido descritas: fatores inerentes ao próprio paciente, aos procedimentos invasivos e ao ambiente hospitalar. O estudo desses fatores orienta a seleção, a implementação e a avaliação das medidas de controle dessas infecções⁸.

A campanha "Protecting 5 Million Lives", que promove a prevenção da IRAS em procedimentos invasivos, recomenda pacotes de medidas, "bundle" que individualmente resultam em melhoria da assistência, mas quando implantadas em conjunto, resultam em melhorias ainda mais substanciais. Essa é uma campanha coordenada pelo *Institute Healthcare Improvement* (IHI), uma instituição americana que têm por objetivo concentrar esforços na melhoria da segurança de clientes internados em grandes hospitais, onde a Agência Nacional de Vigilância Sanitária também integra tal modalidade. O objetivo do pacote de medidas é manter o "olhar" da prevenção e controle das infecções; é conseguir com o acompanhamento das taxas, avaliar possíveis fatores de risco, direcionar as ações (recursos humanos, materiais e tempo), fornecer suporte ou assessoria administrativa, motivar a equipe de saúde para a melhoria contínua⁹.

Neste sentido, o objetivo do presente estudo foi avaliar a aderência às medidas específicas de prevenção de infecção relacionada à assistência a saúde em procedimentos invasivos na UTI de um hospital de médio porte.

MÉTODOS

O presente estudo teve uma abordagem quantitativa, de caráter descritivo e exploratório. O estudo quantitativo retrata o tema com objetividade. Isto é, sendo os objetivos construídos por instrumentos padronizados, visando eliminar fontes de propensões de todos os tipos e apresentar uma linguagem observacional neutra¹⁰. O estudo descritivo objetiva descrever, interpretar, e analisar os dados coletados, relacionando-os com a literatura¹¹.

O estudo foi realizado em um hospital geral de médio porte de Porto Alegre com 103 leitos hospitalares sendo 6 destes de UTI adulto do tipo I, que atende clientes conveniados pelo Instituto de Previdência do Estado (IPE), não realizando atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Conforme o regimento interno deste hospital, foi inaugurado em 23 de setembro de 1887, quando o comandante geral coronel José Carlos Pinto Júnior, com apoio do governador do estado, conseguiu algumas salas separadas na Santa Casa de Misericórdia para atendimento dos brigadianos, sob os cuidados exclusivos da Brigada Militar. Em 1º de janeiro de 1907, foi instalada a enfermaria da brigada militar em prédios nos altos do Cristal, onde hoje está situado o hospital. Inaugurado no dia 25 de fevereiro de 1971, começou efetivamente a funcionar em 20 de setembro¹².

As informações foram coletadas através de questionário padronizado pela CCIH referente aos procedimentos invasivos realizados na UTI. Fizeram parte do estudo as vigilâncias de processos dos procedimentos invasivos de pacientes em uso de ventilação mecânica, sondagem vesical de demora e cateterismo venoso central, referentes ao primeiro semestre de 2010 (janeiro à junho).

Os dados obtidos foram divididos nos seguintes temas: prevenção de infecção de corrente sanguínea associada à cateter, prevenção de infecção urinária associada à cateter vesical e prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM). Os

indicadores são calculados para pacientes com estes procedimentos invasivos. Estes desfechos foram selecionados pelo *National Health Safety Network* (NHSN) com base em diversos fatores, tais como, morbi-mortalidade e aumento nos custos diretos e indiretos associados à sua ocorrência.

A preocupação com os princípios éticos permeou todo o processo de pesquisa, visando assegurar os direitos que dizem respeito aos dados de clientes pesquisados, e a instituição envolvida. No transcorrer da coleta de dados foi garantido o anonimato e o sigilo dos registros contidos nas observações dos procedimentos invasivos. O presente estudo foi aprovado pela direção geral e técnica do Hospital da Brigada Militar em 06 de janeiro de 2010 e integrou o planejamento estratégico do CCIH da instituição em 21 de janeiro de 2011 através do memorando CCIH 03/2011. Os preceitos éticos foram baseados no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem de 2007, capítulo III, artigos 89, 90 e 91 dos deveres, e artigos 94 e 98 das proibições e também na Resolução nº196/96 de Competência do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, que emana diretrizes sobre pesquisa com seres humanos.

Os dados obtidos após avaliação dos prontuários foram tabulados através de tabelas do Excel e posteriormente analisados. Estatísticas descritivas foram realizadas.

RESULTADOS

Os dados da Figura 1 foram expressos em taxas por 1000 procedimentos dia, ou seja, nesta instituição, na unidade de terapia intensiva a cada 1000 pacientes, 15 pacientes apresentaram infecção de corrente sanguínea associada ao cateter, 6,85 apresentaram infecção urinária relacionada à sondagem vesical de demora, durante o primeiro semestre de 2010.

Os processos de higiene oral três vezes por dia com clorexidina 0,12%, ausência de líquido condensado no circuito do respirador

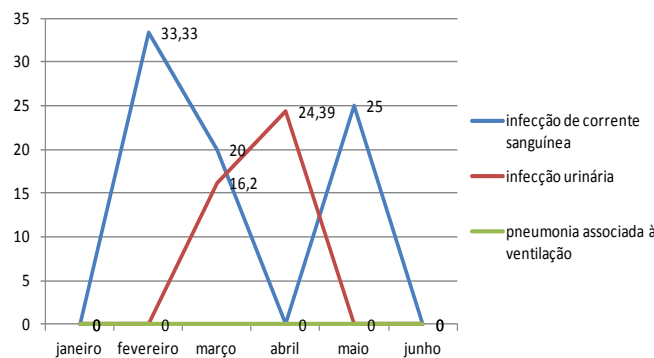


Figura 1- Taxas de infecção (por 1000 procedimentos/ dia) ao longo do primeiro semestre de 2010.

e a altura das traqueias, atingiram 100% de adequação em todos os meses do primeiro semestre de 2010, o que pode explicar a taxa zero de infecções por PAVM (Tabela 1).

A manutenção da pressão do balonete do tubo traqueal maior ou igual a 20 mmHg deve ser considerada uma estratégia de prevenção para evitar que a secreção subglótica que se acumula acima deste desça para a árvore respiratória inferior. No entanto como é demonstrado na Tabela 1 somente nos meses de janeiro, fevereiro e abril foi atingido 100% de adequação, nos meses de março 44%, maio 33% e junho apenas 15% de adequação.

Na Tabela 2 durante o primeiro semestre de 2010 demonstra que a antisepsia das mãos com álcool gel foi realizada pelo profissional que instalou o cateter venoso central, contudo Andrade e Galvão salientam que o álcool não retira a sujeira e, portanto, se as mãos estiverem sujas, torna-se obrigatória a higienização das mãos¹³.

Apesar da recomendação institucional do uso de clorexidina alcoólica 0,5% para inserção de acesso central, das 15 inserções realizadas

Tabela 1- Processo- prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica em números absolutos de adequação.

Mês do processo (nº.adequado/nº.total)	Cabeceira elevada 30-45°	Higiene oral 3x dia com clorexidina 0,12%	Pressão balonete acima de 20 mmHg	Ausência de líquido no circuito	Altura adequada das traqueias
Janeiro	6/6	6/6	6/6	6/6	6/6
Fevereiro	79/79	79/79	79/79	79/79	79/79
Março	92/92	92/92	41/92	92/92	92/92
Abril	20/20	20/20	20/20	20/20	20/20
Maio	60/60	60/60	20/60	60/60	60/60
Junho	13/13	13/13	2/13	13/13	13/13

Tabela 2- Processo de prevenção de infecção de corrente sanguínea associada a cateteres (números absolutos de adequação).

Mês do processo (nº.adequado/nº.total)	Antissepsia das mãos	Paramentação completa	Campo estéril longo	Preparo com clorexidina	Punção de subclávia
Janeiro	3/3	3/3	3/3	0/3	3/3
Fevereiro	2/2	2/2	2/2	½	2/2
Março	1/1	1/1	1/1	0/1	1/1
Abril	3/3	3/3	3/3	0/3	3/3
Maio	5/5	5/5	5/5	2/5	5/5
Junho	1/1	1/1	1/1	0/1	1/1

Tabela 3- Processo- prevenção de infecção associada a cateteres urinários (em números absolutos de adequação).

Mês do processo (nº.adequado/nº.total)	Fixação do sistema	Nível do saco coletor abaixo da bexiga	Prevenção de contato com o solo	Preenchimento máximo 2/3 capacidade	Higiene perineal diária
Janeiro	70/70	70/70	70/70	70/70	70/70
Fevereiro	115/115	115/115	115/115	115/115	115/115
Março	177/177	177/177	177/177	177/177	177/177
Abril	98/98	98/98	98/98	98/98	98/98
Mai	103/103	103/103	103/103	103/103	103/103
Junho	160/160	160/160	160/160	160/160	160/160

nos meses de janeiro, março, abril e junho somente em três foi utilizada clorexidina alcoólica 0,5% para preparo da pele.

Quanto à utilização de barreira máxima: máscara, avental, luvas e campos estéreis e seleção do sítio de inserção, preferindo subclávia todos os processos do primeiro semestre de 2010 foram adequados.

No processo de prevenção de infecção associada a cateteres urinários (Tabela 3) todas as medidas de prevenção do primeiro semestre de 2010 estavam adequadas, fixação do sistema (sonda vesical e sistema fechado de coleta de urina), sistema abaixo do nível da bexiga, nível do saco coletor não ultrapassando 2/3 da capacidade, não contato do sistema fechado com o solo e higiene perineal diária.

DISCUSSÃO

Os avanços tecnológicos resultaram em um aumento da complexidade assistencial, que tornou os procedimentos cada vez mais invasivos ao romper as barreiras naturais do paciente, expondo-o a um maior risco de adquirir as IRAS. A maioria das IRAS (cerca de 70%) não pode ser prevenida, por razões inerentes aos procedimentos invasivos e aos próprios clientes. Todavia, cerca de 30% podem ser reduzidas e controladas⁷.

PREVENÇÃO DE PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA

A PAVM é uma das complicações mais importantes em unidades de terapia intensiva compondo 85% das pneumonias nosocomiais, com taxas que variam de 9 a 40% das infecções e está associada a um aumento no período de hospitalização e índices de morbimortalidade, repercutindo de maneira significativa nos custos hospitalares. Neste estudo, verificou-se que não houve casos de PAVM no período estudado. A higienização das mãos, o uso de luvas, e de equipamentos submetidos à desinfecção de alto nível são pontos fundamentais para prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica.

O paciente sob intubação traqueal apresenta maior probabilidade de aspiração. A chance de aspiração é também elevada quando os pacientes estão em uso de sondas gástricas, pois a colonização gástrica precede a colonização traqueal. É recomendado manter a cabeceira elevada com o objetivo de reduzir o risco de PAVM em pacientes com maior probabilidade de aspiração (ventilação mecânica e nutrição enteral), pois a posição supina em pacientes recebendo nutrição enteral é um fator de risco independente para pneumonia hospitalar¹⁴. A cabeceira elevada no ângulo de 30° a 45° no paciente em uso de ventilação mecânica foi observada em 100% dos pacientes. Esta angulação reduz a incidência de infecção respiratória em pacientes intubados e em ventilação mecânica reduz risco de aspiração. O mesmo autor citado acima salienta que, a manutenção da pressão do balonete do tubo traqueal maior ou igual

a 20 mmHg deve ser considerada uma estratégia de prevenção para evitar que a secreção subglótica que se acumula acima deste desça para a árvore respiratória inferior.

No Brasil, a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia recomenda a descontaminação da cavidade bucal com clorexidina, ou clorexidina associada à colistina, na prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica. O uso tópico de clorexidina na higiene bucal de pacientes sob ventilação mecânica parece diminuir a colonização da cavidade bucal, podendo reduzir a incidência da PAVM. Em adição, esse procedimento é seguro e bem tolerável, já que não foram demonstrados efeitos colaterais em nenhum estudo, sendo considerada uma medida de baixo custo¹⁵.

Quanto ao condensado no circuito do respirador e altura das traqueias, o condensado que fica no circuito do ventilador, contaminado com microrganismos, geralmente originário das secreções do próprio paciente, pode ser aspirado para as vias aéreas inferiores. Esses se acumulam nos circuitos devem ser desprezados periodicamente, devendo ser manipulados como material contaminado.

PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DE CORRENTE SANGÜÍNEA ASSOCIADA A CATETERES

Estima-se que cerca de 60% das bacteremias nosocomiais sejam associadas a algum dispositivo intravascular. Dentre os mais frequentes fatores de risco conhecidos para infecção primária de corrente sanguínea, podemos destacar o uso de cateteres vasculares centrais, principalmente os de curta permanência. A mortalidade varia entre pacientes, conforme a existência ou não de outros fatores de risco associados (como, por exemplo, internação em terapia intensiva, onde a mortalidade por IPCS pode atingir até 69%). Os custos deste evento adverso também são variáveis, na dependência do país, centro e unidade em que se encontra o paciente¹⁶.

O pacote de medidas para prevenção das infecções de corrente sanguínea relacionada a cateter incluiu a higiene das mãos com álcool 70% ao manipular ou inserir o cateter, a inserção do cateter deve ser realizada com técnica asséptica e utilização de barreira máxima: máscara, avental, luvas e campos estéreis, antisepsia da pele com clorexidina alcoólica, seleção do sítio de inserção.

A antisepsia da pele antes da inserção do cateter e antes das trocas de curativo deve ser preferencialmente realizada com clorexidina alcoólica 0,5%, mas a polivinilpirrolidona (PVP-I) 10% alcoólico também pode ser utilizada¹⁷. No estudo citado observou-se que a utilização de clorexidina antes da inserção do cateter e durante as trocas de curativo está associada a menor colonização e incidência de infecção de corrente sanguínea associada a cateter quando comparada ao uso de PVP-I alcoólico.

Para a realização do curativo no local de inserção do cateter

recomenda-se a utilização de gaze ou curativo transparente estéril semipermeável e proteção durante o banho do paciente, troca do curativo quando este estiver úmido, solto ou sujo. Os intervalos de troca do curativo transparente são maiores do que aqueles com gaze, reduzindo assim o risco de trauma devido ao excesso de manipulação, o tempo de assistência da enfermagem e o custo hospitalar. A transparência permite a monitorização contínua do sítio de inserção sem a remoção do curativo¹⁸. A barreira de proteção é prática de baixo custo e deveria ser considerada padrão na inserção de todos os tipos de cateteres, uma vez que favorece o controle das infecções. Ainda este autor salienta que, a cateterização da veia femoral está associada ao maior risco de complicações infecciosas e trombóticas que a veia subclávia, nos pacientes internados em UTI. Também está relacionada à maior taxa de complicações mecânicas como punção arterial e hematoma. Cateteres em veia jugular, apesar de menor risco de complicações com a inserção, concorrem para a maior probabilidade de desenvolver infecção¹⁹.

PREVENÇÃO DE INFECÇÃO URINÁRIA ASSOCIADA A CATETERES VESICAIS

O cateter tem um importante papel na patogênese da Infecção do trato urinário (ITU), uma vez que esse provoca a quebra dos mecanismos de defesa, distendendo a uretra e bloqueando os ductos das glândulas periuretral. Além disso, o balão de retenção não permite o esvaziamento completo da bexiga mantendo urina residual. Os micro-organismos podem se aderir à superfície externa do cateter e migrar ao longo deste.

O trato urinário (ITU) representa cerca de 40% das IRAS de sua totalidade, cerca de 80% destas infecções está associada ao cateterismo do trato urinário e sua duração²⁰.

O desafio da prevenção de ITU relacionada ao cateter vesical se baseia nos cuidados assépticos com o sistema de drenagem. As medidas são dirigidas para prevenção do acesso de bactérias ao sistema de drenagem fechado estéril. A medida mais simples e eficaz é evitar o uso desnecessário do cateter vesical.

Corroborando com o pacote adotado, as medidas recomendadas para prevenção de infecção do trato urinário são a utilização criteriosa da sondagem vesical com manutenção do sistema de drenagem fechado, optar por medidas alternativas como o uso de fraldas, cateterismo intermitente, cateterismo suprapúbico ou drenagem por condom, diminuição do tempo de utilização do cateter, técnica asséptica de cateterização e manutenção do cateter, utilizar precauções padrão durante a realização da higiene íntima, higiene perineal rigorosa feita diariamente com água e sabão comum e não realizar a abertura do sistema de drenagem, interrupção do fluxo e irrigação vesicais desnecessárias²¹.

A execução de práticas de prevenção e controle das IRAS é de responsabilidade de todos os profissionais que atuam na assistência durante a realização de procedimentos invasivos. Educar a equipe de saúde e envolvê-la na prevenção das IRAS de acordo como nível de responsabilidade do profissional é função da CCIH assim, toda a equipe deve ser orientada constantemente sobre a importância da qualidade da assistência na prevenção de infecções.

Cabe destacar que a vigilância epidemiológica representa uma importante ferramenta que possibilita descrever a realidade da situação, apontar os problemas, e, assim planejar as ações frente aos fatores que possam desencadear riscos à saúde.

A implementação de medidas de prevenção baseadas em evidências científicas pode reduzir as infecções adquiridas no ambiente hospitalar de forma significativa e sustentada, trazendo segurança na assistência e redução de custos. Entre os principais meios de prevenção incluem-se a higienização de mãos, uso das medidas de bloqueio epidemiológico quando necessário, e cuidados específicos para cada sítio de infecção.

REFERÊNCIAS

1. Brito MF, Ferreira LN. A importância da auditoria interna hospitalar na gestão estratégica dos custos hospitalares. Ciências Contábeis da Universidade Católica de Brasília. Trabalho de conclusão de curso. 2006.
2. Secretaria da saúde do estado de São Paulo. Informes Técnicos Institucionais Divisão de Infecção Hospitalar do Centro de Vigilância Epidemiológica. Rev Saúde Pública 2007; 41(4): 674-683.
3. Brasil. Ministério da Saúde. RDC nº07, 24 de fevereiro de 2010. Diário Oficial, Brasília, 2010.
4. Martins P. Epidemiologia das infecções hospitalares em centro de terapia intensiva de adulto. Dissertação, curso de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte-MG. 2006.
5. Camargo LFA, et al. Prevenção de infecções em unidade de terapia intensiva. São Paulo: ANVISA, 2004.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.616, 12 de maio de 1998. Diário Oficial, Brasília, 1998.
7. Martins MA. Manual de Infecção Hospitalar. Epidemiologia, Prevenção e Controle. 2. ed. Belo Horizonte: MEDSI, 2001. 1116 p.
8. Arantes A, et al. Uso de diagramas de controle na vigilância epidemiológica das infecções hospitalares. Rev. Saúde Pública. 2003;37(6):768-774
9. ANVISA. Trato respiratório. Critérios nacionais de infecção relacionadas à assistência à saúde. ANVISA, 2009. 34p.
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. Cad. Saude Publica. 1992;8(3):342-344
11. Ludke M, Andre MEDA. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas - temas básicos de educação e ensino. São Paulo: EPU, 1996. p. 99.
12. Estado do Rio Grande do Sul. Secretaria de Justiça e Segurança. B.M. Departamento de Saúde. Hospital da Brigada Militar. Regimento interno do Hospital da Brigada Militar. Porto Alegre, Brochura, 1998. p. 98.
13. Andrade D, Galvão CM. Infecção nos serviços de saúde. In: ABEN; Kalinowski, C. E. (ORG). PROENF- Programas de atualização em enfermagem, Saúde do Adulto. Porto Alegre: Artmed/Panamericana Editora, 2006.
14. Sociedade paulista de infectologia. Diretrizes sobre pneumonia associada a ventilação mecânica (PAV). Office Editora e Publicidade Ltda. São Paulo: 2006.
15. Beraldo CC, Andrade D. Higiene bucal com clorexidina na prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica. J Bras Pneumol. 2008;34(9):707-714.
16. ANVISA. Corrente Sanguínea. Critérios nacionais de infecção relacionadas à assistência à saúde. ANVISA, 2009. 9p.
17. Fran DS, et al . Prevenção de infecções de corrente sanguínea relacionadas a cateter em pacientes em hemodiálise. Acta Paul Enferm. 2009;22(Especial-Nefrologia):564-568.
18. Gumez LA, Huertas SN, Viciano RM, et al Profilaxis de lãs complicaciones infecciosas de los cateteres venosos centrales. Rev Esp Anestesiol Reanim. 2002;49(1):17-27.
19. Mesiano ERA, Merchán-Hamann E. Infecções da corrente sanguínea em pacientes em uso de cateter venoso central em unidades de terapia intensiva. Rev. Lat. Am. Enfermagem. 2007;15(3):1-7.
20. Fernandes MVL, Lacerda RA, Hallage NM. Construção e validação de indicadores de avaliação de práticas de controle e prevenção de infecção do trato urinário associado a cateter. Acta Paul Enferm. 2006;19(2):174-189.
21. Silva SBR, Fonseca JFA. Manual de medidas de prevenção das principais infecções hospitalares. Hospital Geral Universitário. UNIC. 2006

ARTIGO ORIGINAL

Epidemiologia da Leishmaniose Visceral no estado do Rio Grande do Norte, Brasil

Epidemiology of visceral leishmaniasis in the state of Rio Grande do Norte, Brazil

Isabelle Ribeiro Barbosa¹

¹Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal/RN.

Recebido em: 07/11/2012
Aceito em: 04/03/2013

isabelleribeiro@oi.com.br

DESCRITORES

Leishmaniose Visceral
Epidemiologia
Zoonose
Distribuição espacial

KEYWORDS

Visceral Leishmaniasis
Epidemiology
Zoonosis
Spatial Distribution

RESUMO

Justificativa e Objetivos: Considerada doença negligenciada, a Leishmaniose visceral (LV) tem se expandido e urbanizado, agravando o quadro desse problema de saúde pública no Nordeste do Brasil. O presente estudo teve como objetivo conhecer o perfil epidemiológico da doença e sua distribuição espacial no estado do Rio Grande do Norte. **Metodologia:** Estudo descritivo dos casos autóctones de LV ocorridos de 2007 a 2011 em residentes no estado do Rio Grande do Norte. As informações são provenientes do Sistema de Informações de Agravos de Notificações disponibilizadas no site do DATASUS. Para análise dos dados e produção do mapa utilizou-se o Tabwin 3.6. **Resultados:** a incidência no período foi de 3,02 casos/100.000 hab. A taxa de letalidade foi de 4,22%. Os indivíduos pardos, do sexo masculino e na faixa etária de 20-39 anos foram os mais acometidos, assim como os de baixa escolaridade (33,7%). 9,7% eram coinfectados com o HIV; a taxa de cura foi de 80%. O critério de confirmação laboratorial foi utilizado em 92,19% dos casos. O maior número de casos ocorreu nos municípios de Mossoró (152), Natal (89), Açu (28) e Parnamirim (21). **Conclusão:** os dados denotam o caráter endêmico da LV, com alto percentual de infecção em crianças e HIV positivos, com maior ocorrência nos municípios mais populosos do estado. Esses dados apontam para a necessidade de estruturação dos serviços de assistência ao paciente e de vigilância em saúde nesses municípios de maior incidência da doença.

ABSTRACT

Rationale and objectives: Considered a neglected disease, visceral leishmaniasis (VL) has expanded and urbanized, worsening this public health problem in the Northeast of Brazil. The present study aimed to understand the epidemiology of the disease and its spatial distribution in the state of Rio Grande do Norte. **Methods:** Descriptive study of autochthonous cases of VL occurring from 2007 to 2011 in residents of the state of Rio Grande do Norte. The information is derived from the Disease Notification Information System available on the website of the Unified Health System Department of Informatics - DATASUL. Tabwin 3.6 was used to analyze data and create the map. **Results:** the incidence in the period was 3.02 cases per 100,000 inhabitants. The fatality rate was 4.22%. Male mulatto individuals aged 20-39 years were the most frequently affected, as well as those with low level of education (33.7%); 9.7% were co-infected with HIV and the cure rate was 80%. The laboratory confirmation criterion was used in 92.19% of the cases. The highest number of cases occurred in the towns of Mossoró (152), Natal (89), Açu (28) and Parnamirim (21). **Conclusion:** The data demonstrate the endemicity of VL, with a high percentage of infection in children and HIV-positive individuals, with most cases occurring in the most populated municipalities of the state. These data point to the need for structuring patient care and health surveillance services in towns with the highest incidence of the disease.

INTRODUÇÃO

A Leishmaniose visceral (LV) é uma doença infecciosa e considerada como uma zoonose podendo acometer o homem, quando este entra em contato com o ciclo de transmissão do parasito. Os protozoários tripanossomatídeos do gênero *Leishmania*, espécie *Leishmania chagasi*, é o agente etiológico envolvido na transmissão da *Leishmaniose visceral*, sendo transmitida por meio de um vetor (inseto hematófago flebotomo), que no Brasil, duas espécies de vetores, até o momento, estão relacionadas com a transmissão: *Lutzomia longipalpis* e *Lutzomia cruzi*^{1,2}. A infecção destes flebotomíneos ocorre durante a hematofagia sobre vertebrados contaminados, representados pelo homem e pelos reservatórios, que em geral são o cão (área urbana), a raposa e os masurpiais (ambiente silvestre)³.

Clinicamente, a leishmaniose visceral apresenta-se como uma enfermidade generalizada, crônica, caracterizada por febre irregular e de longa duração, hepatoesplenomegalia, linfadenopatia, anemia com leucopenia, hipergamaglobulinemia e hipoalbuminemia, emagrecimento, edema e estado de debilidade progressivo, levando à caquexia e, até mesmo, ao óbito⁴.

A evolução das formas clínicas é diversa, podendo o indivíduo apresentar desde cura espontânea, formas oligossintomáticas e assintomáticas, até manifestações graves, podendo alcançar letalidade entre 10% e 98%. Nos últimos anos no Brasil, a letalidade da leishmaniose visceral vem aumentando gradativamente, passando de 3,6% em 1994 para 6,7% em 2003, com um incremento de 85%, e para 8,4% em 2004⁵.

De acordo com a organização mundial de saúde, a Leishmaniose visceral é uma das sete endemias mundiais afetando de um a dois milhões de pessoas a cada ano. Estima-se que cerca de 360 milhões de pessoas estejam expostas ao risco de infecção no mundo. É endêmica em 70 países de áreas tropicais e subtropicais de quatro continentes. Os principais focos de infecção humana estão localizados especificamente no sudoeste asiático (300 mil casos em 2006), no oeste da África (cerca de trinta mil casos em 2006) e no continente americano (quatro mil casos em 2006)⁶.

O Brasil registrou 59.129 novos casos da doença de 1980 a 2005, com uma média anual de 2.274 novos casos. De todos os casos, 82,5% (48.783) ocorreu na região Nordeste⁷. O País enfrenta atualmente a expansão e urbanização da LVA, com casos humanos e grande número de cães positivos em várias cidades de grande e médio porte. O ciclo de transmissão, que anteriormente envolvia os

ambientes silvestre e rural, hoje também se desenvolve em centros urbanos⁸. A Leishmaniose visceral gradualmente se espalhou para o Centro-Oeste, Norte e Sudeste, com aumento de 15% dos casos em 1998 para 44% em 2005. Atualmente, 20 (74%) dos 27 Estados do Brasil estão registrando casos autóctones⁷.

Fatores relacionados ao processo migratório, à ocupação desordenada das periferias das grandes cidades, à presença significativa do reservatório e do vetor e as altas densidades populacionais com baixa ou nenhuma imunidade à infecção contribuem para a rápida e extensa distribuição da leishmaniose, sendo fatores importantes para explicar a disseminação da LV para outros estados brasileiros como o Rio de Janeiro (1979), São Paulo (1981), Minas Gerais (1994) e, mais recentemente, ocorreu uma epidemia de LV no Mato Grosso do Sul^{8,9}.

As estratégias recomendadas pelo Programa Nacional de Controle da Leishmaniose Visceral do Brasil são baseadas em um conjunto de medidas, tais como o diagnóstico precoce e tratamento dos casos humanos, inquérito sorológico canino e eutanásia de todos os cães soropositivos, pulverização sistemática de inseticida em domicílios e peridomicílio, e ações de educação em saúde e ambiental à população. Estas medidas devem ser tomadas em conjunto para ser eficaz na redução da incidência da doença¹⁰.

Atualmente, a leishmaniose constitui um grave problema de saúde pública e representa um desafio para profissionais da saúde e governos. Estudos que abordem o padrão de ocorrência da Leishmaniose Visceral e suas características epidemiológicas podem subsidiar o entendimento da dinâmica desse agravo bem como importantes ações de vigilância em saúde.

Assim, este artigo tem por objetivo descrever o perfil epidemiológico da Leishmaniose visceral e sua distribuição espacial no estado do Rio Grande do Norte no período de 2007 a 2011.

MÉTODOS

Área de estudo

A pesquisa foi conduzida no Estado do Rio Grande do Norte, localizado no Nordeste do Brasil, na latitude 5°47'42" S e longitude 35°12'32". O estado tem a área de 52.796,79 km², representando 3,41% da região nordeste e 0,62% de todo o território brasileiro. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sua população foi estimada em 3.168.027 habitantes para o ano de 2010. Possui 167 municípios divididos administrativamente em sete regionais de saúde e 19 microrregiões (Figura 1).



Figura 1: Divisão geográfica do estado do Rio Grande do Norte em microrregiões.

Fonte de dados

Trata-se de um estudo descritivo de base populacional, utilizando dados secundários de casos autóctones de Leishmaniose Visceral ocorridos entre os anos de 2007 a 2011 no estado do Rio Grande do Norte, registrados no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) e disponibilizados no site do Datasus.

Foram incluídas para a análise as seguintes variáveis: sexo, faixa etária, escolaridade, raça, coinfeção com o HIV, critérios de confirmação, evolução dos casos e os métodos de diagnóstico laboratorial.

Calculou-se o número de casos autóctones ocorridos por município entre os anos de 2007 a 2011. Realizou-se a produção do mapa de distribuição dos casos de LV por município do estado, dividindo os valores obtidos em quintis para a classificação dos municípios.

Análise dos dados

Para tabulação, análise dos dados e produção do mapa foram utilizados os programas Tabwin 3.6 e o Microsoft Office Excel 2010. As estimativas populacionais empregadas para o cálculo do coeficiente de incidência por 100.000 habitantes foram obtidas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O software Tabwin 3.6. e a base cartográfica digital para a produção do mapa foram obtidos no site do Datasus.

RESULTADOS

No período de 2007 a 2011, foram notificados 474 casos confirmados de Leishmaniose Visceral em residentes do estado do Rio Grande do Norte, com média de 94,8 casos por ano. A incidência média no período foi de 3,02 casos/100.000 habitantes. Foram registradas as seguintes incidências anuais: 2,30 casos/100.000 hab no ano de 2007; 2,99 casos/100.000 hab no ano de 2008; 3,06 casos/100.000 hab no ano de 2009; 2,68 casos/100.000 hab no ano de 2010 e no ano de 2011 foi registrada a maior incidência do período, com 4,03 casos a cada 100.000 habitantes.

A tabela 1 analisa as variáveis demográficas relativas aos casos de Leishmaniose visceral. A baixa escolaridade foi um fator relevante, considerando que em 33,7% dos casos, os indivíduos tinham baixa escolaridade: eram analfabetos ou com referência ao ensino fundamental. A faixa etária mais acometida foi a de 20 a 39 anos (31,22%), embora a LV continue a caracterizar-se com uma doença infantil, com 41,39% dos casos em indivíduos de 0 a 15 anos, e 26,8% dos casos em crianças de até 4 anos de idade. Os indivíduos do sexo masculino foram os mais acometidos (67,09%). Demonstrou-se que a LV se apresentou com maior frequência em indivíduos de cor parda (63,9%).

Na tabela 2, observamos a descrição das variáveis clínicas dos casos confirmados de LV em residentes do estado do Rio Grande do Norte. No período estudado, 72,3% dos casos autóctones de LV humana apresentaram sorologia para HIV, com uma positividade de 9,7%.

A confirmação dos casos foi baseada em parâmetros clínicos e epidemiológicos. Em 18,14% dos indivíduos não foi realizado nenhum tipo de diagnóstico laboratorial. Em 62 (13%) casos foi realizada a técnica da Imunofluorescência Indireta (IFI) associado ao parasitológico (mielograma). A resposta positiva nas técnicas de IFI em conjunto com o exame parasitológico foi observado em 37 (8%) casos. Ocorreram 20 óbitos que tiveram a LV como causa básica, registrando a taxa de letalidade de 4,22%. O percentual de cura foi de 80%.

Na Figura 2 observa-se a distribuição espacial dos casos de LV por município. A maior ocorrência de casos foi observada nos municípios de Mossoró (152 casos), Natal (89 casos), Açu (28 casos), Parnamirim (21 casos), Extremoz (17 casos) e São Gonçalo do Amarante

Tabela 1: Variáveis demográficas dos casos de Leishmaniose Visceral confirmados em residentes do estado do Rio Grande do Norte, 2007 a 2011.

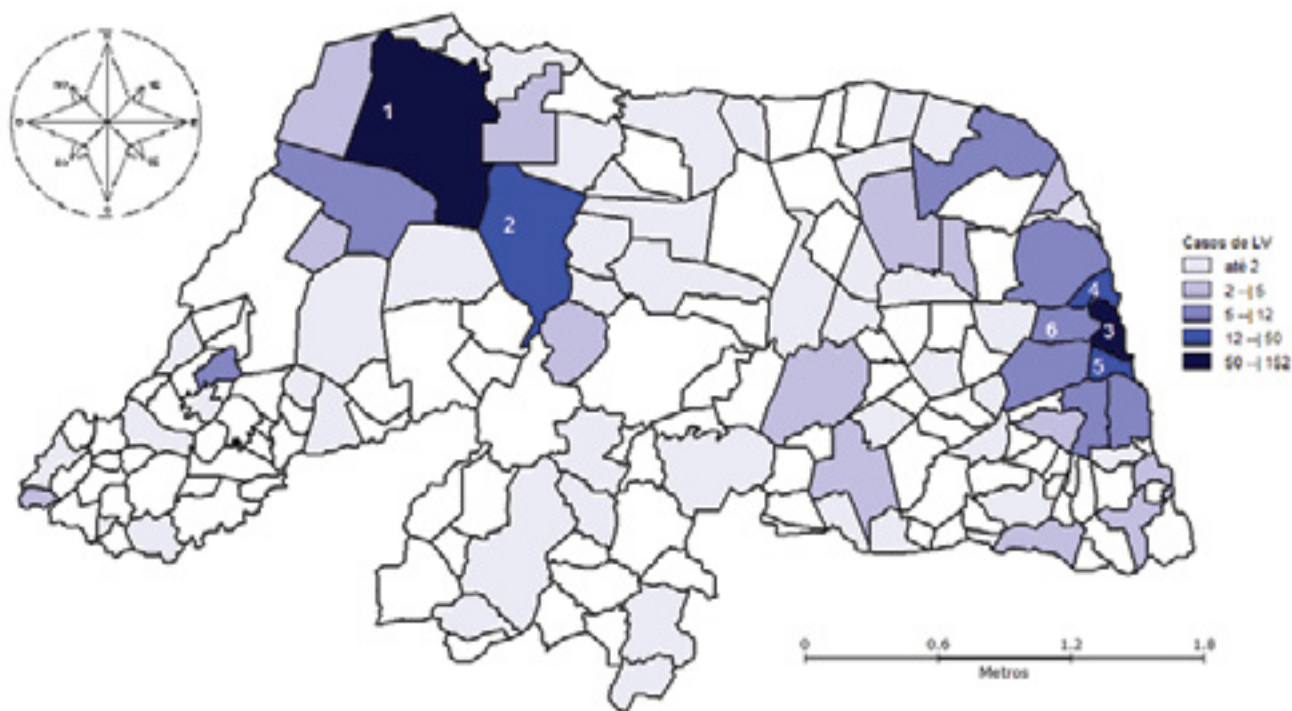
Variável	Nº Casos N= 474	%
Escolaridade		
Sem informação	127	26,79
Analfabeto	15	3,16
Ensino Fundamental Incompleto	128	27,00
Ensino fundamental completo	17	3,59
Ensino médio incompleto	13	2,74
Ensino médio completo	19	4,01
Educação superior completa	3	0,63
Não se aplica	152	32,07
Faixa Etária		
Sem informação	1	0,21
0-4 anos	127	26,79
5-14 anos	69	14,56
15-19	22	4,64
20-39	148	31,22
40-59	87	18,35
> 60 anos	20	4,22
Sexo		
Masculino	318	67,09
Feminino	156	32,91

Tabela 2: Variáveis clínicas dos casos de Leishmaniose Visceral confirmados em residentes do estado do Rio Grande do Norte, 2007 a 2011.

Variável	Nº Casos	%
Co-Infecção HIV		
Sem informação	129	27,22
Sim	46	9,7
Não	299	63,08
Critério de Confirmação		
Laboratorial	437	92,19
Clínico-epidemiológico	37	7,81
Evolução		
Sem informação	27	5,7
Cura	383	80,8
Abandono	5	1,05
Óbito por LV	20	4,22
Óbito por outra causa	9	1,9
Transferência	30	6,33

*LV: Leishmaniose Visceral

(12 casos). O que chama atenção é a característica de urbanização da doença, onde o maior número de casos autóctones pertence a municípios da região metropolitana de Natal, a capital do estado do Rio Grande do Norte, e em municípios mais urbanizados, como o caso do município de Mossoró.



DISCUSSÃO

A série temporal da LV no estado do Rio Grande do Norte, compreendida entre 1º de janeiro de 2007 e 31 de dezembro de 2011, revela a notificação de 470 casos humanos com a média anual de 94,8 casos, o que classifica o RN como uma importante área endêmica da Leishmaniose Visceral no nordeste do Brasil. O coeficiente de incidência anual variou de 2,3 a 4,03 casos por 100 mil habitantes durante o período estudado, mantendo-se mais elevado do que a média anual brasileira, que é de 2 casos para cada 100 mil habitantes⁷.

O estado do RN possui ambiente urbano propício à ocorrência de LV, com um clima e topografia favorável para a proliferação do vetor e habitações em precárias condições sócio-sanitárias. As taxas de letalidade por LV registradas no Rio Grande do Norte têm estado acima da média nacional nos últimos anos. A taxa de letalidade observada nesse estudo (4,22%) foi semelhante ao observado no estudo de Prado et al., que em 2011, observaram na cidade de Montes Claros-MG¹⁰ taxas variando de 4,4% a 9,1%. Porém, o estudo de Góes, Melo e Jeraldo⁶ em 2012 verificou a taxa de 8,9% de letalidade para a cidade de Aracaju-SE, resultado semelhante ao relato em outras capitais como Belo Horizonte (8-17%), São Luís (6,7%), Natal (9,0%) e Brasília (9,2%)¹¹. Entre os principais fatores que contribuem para o aumento da letalidade estão o diagnóstico tardio e a expansão da epidemia acometendo grupos de indivíduos com comorbidades, sendo que as complicações infecciosas e as hemorragias são os principais fatores de risco para a morte por LV^{12,13}.

O predomínio do sexo masculino entre os casos ocorridos foi observado nesse estudo e confirma o perfil observado em outros estudos^{1,3,6,7}. Fatores hormonais e ligados à exposição ao vetor têm sido responsabilizados pelo aumento do risco do gênero masculino⁶.

A faixa etária mais acometida nesse estudo (20-39 anos) é discordante dos achados para a cidade de Aracaju-SE e para o Brasil, onde predominam os casos em menores de 10 anos^{6,7}. No Brasil, a LV

é mais frequente em crianças menores de 10 anos, que representam 54% dos casos notificados, sendo 41% delas menores de 5 anos. Isso é explicado pelo estado de relativa imaturidade imunológica celular agravada pela desnutrição, tão comum nas áreas endêmicas de LV no Nordeste³. A maior ocorrência da doença em menores de 10 anos de idade revela também uma tendência de transmissão da LV no ambiente peridomiciliar e intradomiciliar. Os hábitos do vetor, bastante adaptado a áreas alteradas pelo homem, de ocorrência registrada no peridomicílio e intradomicílio e dotado de alto grau de antropofilia favorecem a ocorrência deste tipo de ciclo de transmissão¹⁴.

Esse estudo constata que os indivíduos negros e de baixa escolaridade são os mais acometidos pela LV. A construção social da desigualdade de oportunidades entre brancos e negros condiciona a sua forma de viver como grupos sociais. Escolaridade, renda, condições indesejáveis para habitação e acesso a saneamento básico e a bens de consumo são sempre menores/piiores entre os negros, caracterizando a situação de exclusão de vários direitos sociais que perfaz um quadro de vulnerabilidade social, aumentando de forma significativa a probabilidade de adoecer e morrer¹⁵.

O percentual de coinfectados com o HIV observados nesse estudo encontra-se nos limites de valores descritos para outros países endêmicos em desenvolvimento, que variam de 2,0 a 9,0%, o que difere de países como a Etiópia, cujo percentual de pacientes de LV coinfectados com HIV varia de 15,0 a 30,0%¹⁶. De acordo com o estudo de Alvar et al (2008)¹⁷, de 2001 a 2005, 16.210 casos de Leishmaniose visceral foram relatados no Brasil, dos quais 315 (2%) eram coinfectados com o HIV, o que demonstra o alto percentual de coinfectação no estado do Rio Grande do Norte.

Embora o critério laboratorial tenha correspondido ao critério de confirmação mais utilizado para o diagnóstico da LV, nesse estudo houve um alto percentual de não realização de testes laboratoriais para o diagnóstico da LV. Nos casos humanos, o diagnóstico é rotineiramente realizado com base em parâmetros clínicos e epidemiológicos. Entretanto, um diagnóstico definitivo requer a demons-

tração do parasita através de métodos parasitológicos⁵.

O percentual de cura observado foi de 80%. O estudo realizado sobre a epidemiologia da Leishmaniose Visceral em São Luís do Maranhão apontou o percentual de cura 96% dos casos¹⁸, sendo o tratamento de escolha à base de N-metilglucamina. O arsenal terapêutico disponível para tratamento da Leishmaniose é bastante limitado, sendo os antimonialis pentavalentes os fármacos de 1ª escolha. Embora sejam registrados altos índices de cura da Leishmaniose visceral no Brasil, os fármacos disponíveis apresentam eficácia limitada e algumas vezes significativa toxicidade e efeitos adversos¹⁹.

O padrão de ocorrência nos municípios do estado do Rio Grande do Norte ilustra claramente o processo de urbanização da LV. Nas últimas décadas ocorreram profundas mudanças na estrutura agrária do Brasil, que resultaram na migração de grande contingente populacional para centros urbanos. Segundo dados do IBGE, 85% da população do país vive em área urbana, o que cria condições favoráveis para a emergência e reemergência de doenças, entre elas o calazar. Associado a isto há ainda um complexo de fatores, como mudanças ambientais e climáticas, redução dos investimentos em saúde e educação, descontinuidade das ações de controle, adaptação do vetor aos ambientes modificados pelo homem, fatores pouco estudados ligados aos vetores (variantes genéticas), e novos fatores imunossupressivos, tais como a infecção pelo HIV e dificuldades de controle da doença em grandes aglomerados urbanos, onde problemas de desnutrição, moradia e saneamento básico estão presentes⁵.

A LV constitui um importante problema de saúde pública no estado do Rio Grande do Norte, com alto coeficiente de incidência de casos humanos, alta letalidade e ampla distribuição nos diversos municípios do estado. A situação observada no RN poderá subsidiar novas pesquisas sobre o tema, com ênfase na definição das áreas de risco e na avaliação do real impacto das atuais estratégias de controle sobre a incidência da doença na população.

REFERÊNCIAS

1. Scandar SAS, Silva RA, Cardoso-Junior RP, et al. Ocorrência de leishmaniose visceral americana na região de São José do Rio Preto, estado de São Paulo, Brasil. *Bepa*. 2011;(88):13-22.
2. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica. Ministério da Saúde, Brasília, 2009.
3. Santana JS, Silva AR, Cavalcante MNS, et al. Condições socioeconômicas, estado nutricional e consumo alimentar de crianças com Leishmaniose visceral atendidas em serviço público de saúde da cidade de São Luís, Maranhão, Brasil. *Cad. Pesq.* 2009;16(2):55-62.
4. Alvarenga DG, Escalda PMF, Costa ASV, et al. Leishmaniose visceral: estudo retrospectivo de fatores associados à letalidade. *Rev Soc Bras Med Trop* 2010;3(2):194-197.
5. Gontijo CMF, Melo MN. Leishmaniose visceral no Brasil, quadro atual, desafios e perspectivas. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2004;7(3):338-349.
6. Goes MAO, Melo CM, Jeraldo VLS. Série temporal da leishmaniose visceral em Aracaju, estado de Sergipe, Brasil (1999 a 2008): aspectos humanos e caninos. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2012;15(2):298-307.
7. Maia-Elkhoury ANS, Alves WA, et al. Visceral Leishmaniasis in Brazil: trends and challenges. *Cad. Saude Publica.* 2008;24(12):2941-2947.
8. Costa JML. Epidemiologia das Leishmanioses no Brasil. *Gaz. Med. Bahia.* 2005;75(1): 3-17.
9. Furlan MGB. Epidemia de leishmaniose visceral no Município de Campo Grande-MS, 2002 a 2006. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2010;19(1): 16-25.
10. Prado PF, Rocha MF, Souza JF, et al. Epidemiological aspects of human and canine visceral leishmaniasis in Montes Claros, State of Minas Gerais, Brazil, between 2007 and 2009. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* 2011;44(5):561-566.
11. Badaró R, Duarte MIS. Leishmaniose Visceral (Calazar). In: Veronesi R, Focaccia R. (eds). *Tratado de Infectologia*, 2ª Ed., Cap. 97, São Paulo: Editora Atheneu; 2002.
12. Pastorino AC. Leishmaniose visceral: aspectos clínicos e laboratoriais. *J. Pediatr.* 2002;78(2):121-7.
13. Oliveira JM, Fernandes AC, Dorval MEC, et al. Mortalidade por leishmaniose visceral: aspectos clínicos e laboratoriais. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* 2010;43(2):188-193.
14. Lainson R, Rangel EF. Ecologia das leishmanioses: *Lutzomyia longipalpis* e a ecoepidemiologia da leishmaniose visceral americana no Brasil. In: *Flebotomíneos do Brasil* (Org: Rangel EF, Lainson R). Editora Fiocruz, 2003. 360p.
15. Batista LE. Masculinidade, raça/cor e saúde. *Cienc. Saude Colet.* 2005;10(1):71-80.
16. Sousa-Gomes ML, Maia-Elkhoury ANS, Pelissari DM, et al. Coinfecção Leishmania-HIV no Brasil: aspectos epidemiológicos, clínicos e laboratoriais. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2011;20(4):519-526.
17. Alvar J, Aparicio P, Aseffa A, et al. The Relationship between Leishmaniasis and AIDS: the Second 10 Years. *Clin. Microbiol. Rev.* 2008;21(2):334-359.
18. Silva AR, Tauil PL, Cavalcanti MNS, et al. Situação epidemiológica da leishmaniose visceral, na Ilha de São Luís, Estado do Maranhão. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* 2008;41(4):358-364.
19. Lindoso JAL, Goto H. Leishmaniose visceral: situação atual e perspectivas futuras. *Bepa.* 2006;3(26):7-10.

ARTIGO ORIGINAL

Perfil epidemiológico da hanseníase no município de Guarulhos, SP *Epidemiological profile of leprosy in Guarulhos, SP*

Edilson Ribeiro Romão¹, Alessandro Mendonça Mazzone¹

¹Centro Universitário Metropolitano de São Paulo, Guarulhos/SP

Recebido em: 12/02/2013

Aceito em: 13/04/2013

edilsonrr@yahoo.com.br

DESCRITORES

Hanseníase
Guarulhos
Epidemiologia
Saúde pública

KEYWORDS

Leprosy
Guarulhos
Epidemiology
Public Health

RESUMO

Justificativa e Objetivos: Necessidade de monitoramento contínuo na caracterização da tendência e magnitude da doença, avaliação de grupos populacionais mais atingidos, fortalecimento da vigilância epidemiológica e também como indicador da eficiência dos programas de ação e controle atualmente em execução. Desse modo, o objetivo do estudo foi descrever o perfil epidemiológico da hanseníase no município de Guarulhos, no período de 2004 a 2009. **Métodos:** Estudo descritivo, transversal e retrospectivo, com coleta de dados do período de 2004 a 2009, oriundos do Sistema Nacional de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). **Resultados:** Foram notificados 282 casos de hanseníase no período de estudo. Resultando em uma detecção média de 3,72 casos/100.000 habitantes/ano. Observou-se a predominância de casos no sexo masculino, cor branca, faixa etária de 20 a 39 anos e escolaridade entre a 5ª e 8ª série do ensino fundamental incompleto. Grau de incapacidade tipo II foi detectado em 15,8% dos casos e a maioria dos pacientes eram multibacilar, pertencente às formas clínicas dimorfa e virchowiana. **Conclusão:** Indicadores de bom atendimento em relação a ações e serviços de atenção às incapacidades depois de detectadas, contrastam com a culminante proporção de pacientes que vem sendo diagnosticados com grau II de incapacidade física e o alto percentual de casos nas formas multibacilares. Assim, fazem-se necessárias mudanças no programa de controle e vigilância epidemiológica em vigor, objetivando diminuir a cadeia de disseminação da doença.

ABSTRACT

Rationale and Objectives: Need for continuous monitoring to characterize the trend and magnitude of the disease, assessment of most affected population groups, consolidation of epidemiological surveillance and also as an indicator of the efficiency of currently ongoing action and control programs. Thus, the aim of the study was to describe the epidemiology profile of leprosy in the city of Guarulhos, from 2004 a 2009. **Methods:** A descriptive, cross-sectional and retrospective study, with data collection in the years 2004-2009 obtained from the National Information System for Notifiable Diseases (SINAN), the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE) and the Unified Health System Department of Informatics (DATASUL). **Results:** A total of 282 cases of leprosy were reported in the study period, resulting in a mean detection rate of 3.72 cases per 100,000 inhabitants/year. There was a predominance of cases in the male sex, Caucasians, age 20-39 years and schooling level between the 5th and 8th grade of Elementary school. Grade II disability was detected in 15.8% of cases and most patients were multibacillary, with the borderline and lepromatous clinical forms. **Conclusion:** Indicators of good care in relation to actions and care services after disability detection are in contrast with the peak proportion of patients that have been diagnosed with grade II disability and the high percentage of multibacillary cases. Thus, changes are necessary in the current control and surveillance programs, aiming to decrease disease dissemination.

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infecto-contagiosa, de evolução lenta, cuja manifestação se dá através de sinais e sintomas dermatoneurológicos¹. Seu agente etiológico é o *Mycobacterium leprae*, caracterizado por apresentar alta infectividade e baixa patogenicidade. O bacilo apresenta maior taxa de crescimento em temperaturas inferiores a 30°C, justificando a localização das lesões, na pele, mucosa nasal e nervos periféricos², o que pode determinar incapacidade física e funcional no doente, quando não tratado^{3,4}. A hanseníase apresenta-se como uma das doenças mais antigas da humanidade. As referências mais remotas datam de 600 a.C. e procedem da Ásia, que juntamente com a África, podem ser consideradas o berço da doença⁵.

A transmissão é inter-humana e ocorre através do trato respiratório superior de pacientes com alta carga bacilar^{6,7}. Embora registros evidenciem animais, como o tatu e o chimpanzé naturalmente infectados, o ser humano é reconhecido como a única fonte efetiva de infecção⁵. Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) mostram que em 2011 o Brasil apresentou 33.955 casos notificados de hanseníase, é o segundo país do mundo em número de casos, estes inferiores apenas aos da Índia, com 127.295 notificações, para o mesmo ano⁸.

O período de incubação do *M. leprae* é em média de 2 a 7 anos, com referências a períodos mais curtos, 7 meses, assim como a mais longos, 10 anos⁵. Para fins de tratamento, segue-se uma classificação operacional feita com base em diferentes aspectos: carga bacilar, número de lesões cutâneas, sinais e sintomas da doença, testes imunológicos e exames laboratoriais, como a baciloscopia. Aspectos estes que definirão os casos como Paucibacilares (PB), e Multibacilares (MB). Essa classificação assume uma grande importância, uma vez que, através dela, será selecionado o esquema terapêutico adequado ao caso⁵. O tratamento se dá por meio da poliquimioterapia (PQT), que é a associação de três antibióticos: a dapsona, clofazimina e a rifampicina, cujas doses são ministradas conforme a classificação operacional, com duração variável de 6 a 18 meses.

A hanseníase apresenta largo espectro de manifestações clínicas, as quais são determinadas por diferentes níveis de resposta imune celular do hospedeiro ao *M. leprae*^{3,9}, sendo estabelecido, pela classificação de Madri, divisões quanto à forma clínica: indeterminada, tuberculóide, dimorfa e virchowiana. As formas indeterminada e tuberculóide geralmente são denominadas formas paucibacilares da doença, enquanto que a dimorfa e virchowiana são as multibacilares. As incapacidades físicas oriundas da doença são determinadas e realizadas por meio de teste de sensibilidade dos olhos, das mãos e dos pés. Essas incapacidades são classificadas em 3 graus: 0, I e II, definidas conforme critérios da OMS, e dispostas consoante a severidade das lesões nessas regiões⁵.

Considera-se importante a descrição epidemiológica da hanseníase em todos os seus diferentes aspectos, como forma de contribuição no monitoramento, caracterização da tendência e magnitude da doença, avaliação de grupos populacionais mais atingidos, fortalecimento da vigilância epidemiológica e também como indicador da eficiência dos programas de ação e controle atualmente em execução. Desse modo, o objetivo do estudo foi descrever o perfil epidemiológico da hanseníase no município de Guarulhos, SP, no período de 2004 a 2009.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, transversal e retrospectivo. A população estudada foi composta dos casos de hanseníase notificados

ao Ministério da Saúde de 2004 a 2009, no município de Guarulhos, estado de São Paulo. Foram inclusos no estudo todos os casos residentes e notificados no município. Pacientes que tiveram a doença notificada em Guarulhos, mas que não eram residentes foram excluídos.

Os dados epidemiológicos foram extraídos do Sistema Nacional de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), sendo estes de domínio público. As informações sobre a população residente no período compreendido, utilizadas para construção de indicadores, foram obtidas por meio de estimativas populacionais oriundas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

Como indicadores de força de morbidade, magnitude e perfil epidemiológico utilizaram-se: coeficiente de detecção anual de casos novos de hanseníase por 100.000 habitantes; coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase na população de 0 a 14 anos por 100.000 habitantes; proporção de casos de hanseníase com grau II de incapacidade física no momento do diagnóstico, entre os casos novos detectados e avaliados no ano.

Como indicador da qualidade das ações e serviços (operacionais) utilizou-se: proporção de casos novos de hanseníase com o grau de incapacidade física avaliado no diagnóstico e a proporção de casos curados no ano com grau de incapacidade física avaliado. Outros parâmetros utilizados para a análise geral dos dados foram: forma clínica e a classificação operacional da doença, gênero, etnia, faixa etária e escolaridade dos pacientes entre os casos notificados no período.

O método de construção dos indicadores foi realizado conforme as recomendações do Ministério da Saúde, dispostas na Portaria Nº 3.125, de 7 de Outubro de 2010. Para a avaliação dos indicadores epidemiológicos, consideraram-se os parâmetros estabelecidos pela OMS e preconizados pelo Ministério da Saúde, segundo mesma Portaria¹⁰.

O presente estudo foi realizado com coleta de dados secundários, disponíveis em banco de dados públicos, de acesso livre. As informações apresentadas não vinculam ou implicam em danos e/ou consequências de caráter ético a terceiros, conforme prerrogativas da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

RESULTADOS

No período de 2004 a 2009 foram notificados 282 casos novos de hanseníase no município de Guarulhos, sendo a maior e a menor frequência absoluta de notificação registrada no ano de 2004, com 59 casos, e 2008, 34 casos, respectivamente. Em média foram detectados anualmente, 47 casos novos, o que resulta em um coeficiente de detecção médio de 3,72 casos/100.000 habitantes para o período (Tabela 1).

Tabela 1. Número de casos de hanseníase e coeficiente de detecção/100.000 habitantes de 2004 a 2009 - Guarulhos/SP.

Período	Nº Casos	Coeficiente de detecção
2004	59	4,97
2005	55	4,40
2006	45	3,51
2007	48	3,65
2008	34	2,66
2009	41	3,16
TOTAL	282	3,72

Em relação ao número de casos em pacientes com idade inferior a 15 anos foram notificados no período um total de 8 casos, o que corresponde a um coeficiente de detecção médio, equivalente a 0,38 casos/100.000 habitantes (Tabela 2).

Quanto à avaliação da incapacidade física no momento do diagnóstico todos os 282 casos notificados foram avaliados (Tabela 3). No que diz respeito à avaliação de incapacidade no momento da cura, 96,11% dos pacientes no período foram avaliados. Em relação à proporção de casos com grau II de incapacidade física, o município apresentou uma média de 15,87% de pacientes nessa categoria de análise (Figura 1).

Tabela 2. Número de casos de hanseníase e coeficiente de detecção/100.000 habitantes de 2004 a 2009 na população de 0 a 14 anos - Guarulhos/SP.

Período	Nº Casos	Coefficiente de detecção
2004	3	0,86
2005	1	0,27
2006	0	0,00
2007	3	0,84
2008	1	0,29
2009	0	0,00
TOTAL	8	0,38

Tabela 3. Distribuição dos casos de hanseníase com grau de incapacidade física avaliado no diagnóstico - Guarulhos/SP, 2004 a 2009.

PERÍODO	Incapacidade ao diagnóstico			TOTAL
	GRAU 0	GRAU I	GRAU II	
2004	32	17	10	59
2005	30	23	2	55
2006	25	10	10	45
2007	22	18	8	48
2008	18	8	8	34
2009	21	15	5	41
TOTAL	148	91	43	282

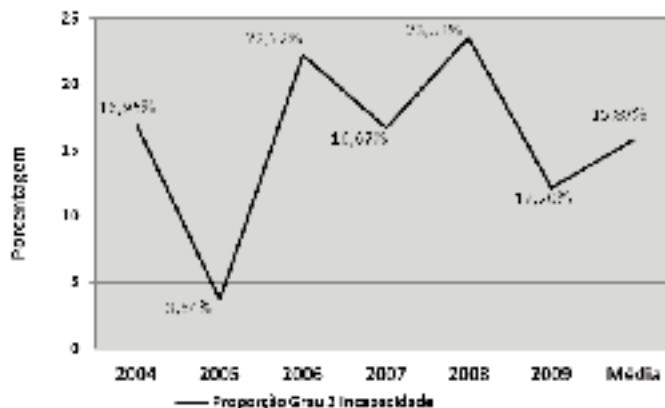


Figura 1 - Proporção de casos de hanseníase com grau II de incapacidade no momento do diagnóstico, entre os casos novos detectados e avaliados no ano, Guarulhos/SP, 2004 - 2009.

A classificação operacional e a forma clínica da hanseníase quando do diagnóstico, também são boas indicativas da ação dos serviços de saúde e da situação epidemiológica da doença em uma determinada região. Na Tabela 4, constam os achados em todo o período de 2004 a 2009, referentes ao município de Guarulhos. Um total de 180 (64%) apresentavam as formas dimorfa e virchowiana. Enquanto que para as formas indeterminada e tuberculóide, foram 93 (33%) casos.

Tabela 4. Características clínicas e epidemiológicas dos casos de hanseníase em Guarulhos/SP - 2004 a 2009.

Parâmetros	Total (N)	%
Classificação Operacional		
Paucibacilar	94	33,33%
Multibacilar	188	66,67%
Forma clínica		
Indeterminada	35	12,41%
Tuberculóide	58	20,57%
Dimorfa	90	31,91%
Virchowiana	90	31,91%
Não classificada	1	0,35%
Ignorado/branco	8	2,84%
Faixa Etária		
5- 9	2	0,70%
10- 14	6	2,12%
15- 19	8	2,83%
20- 39	121	42,9%
40- 59	95	33,68%
60- 69	26	9,21%
>70	23	8,15%
Ignorado/branco	1	0,35%
Gênero		
Masculino	160	57%
Feminino	122	43%
Etnia		
Branca	154	54,61%
Parda	78	27,66%
Negra	27	9,58%
Amarela	5	1,77%
Índigena	1	0,35%
Ignorado/branco	17	6,03%
Escolaridade		
Analfabeto	17	6,03%
1ª a 4ª E.F.**. Incompleto	43	15,25%
4ª E.F. Completa	17	6,03%
5ª a 8ª E.F. Incompleto	77	27,30%
E.F. completo	26	9,22%
E. M***. Incompleto	47	16,67%
E.M. Completo	14	4,96%
E.S****. Incompleto	1	0,35%
E.S. Completo	9	3,19%
Ignorado/branco	31	11,00%

Ensino Fundamental, * Ensino Médio, ****Ensino Superior

Dados na literatura^{11,12} ratificam a íntima relação entre as formas polarizadas da doença com o grau de incapacidade física em seus portadores. Foram analisadas a relação dessas variáveis por meio do teste estatístico χ^2 , onde esse arrolamento foi verificado ($\chi^2 = 129,83$; $P < 0,001$).

Referente à ocorrência de casos por gênero, 57% eram masculinos. Sendo que a incidência média no período foi de 4,31 e 3,16 casos/100.000 habitantes, para indivíduos masculino e feminino, respectivamente. Quanto à distribuição de casos por etnia, os indivíduos brancos foram mais acometidos 54,61%.

No tocante a distribuição da hanseníase por faixa etária, em relação à frequência absoluta de casos (Tabela 4), observou-se que 121 casos ou (42,9%) do total de diagnósticos no período estavam inclusos na faixa etária de 20 a 39 anos. A seguir, aparece à faixa de 40 a 59 anos, com 95 casos ou (33,68%) dos registros. O menor número de diagnósticos foi assinalado na população de 5 a 9 anos com 2 (0,70%) casos.

Observou-se um coeficiente de incidência médio de 12,76 na população acima de 70 anos. O menor coeficiente verificado foi na faixa etária de 5 a 9 anos (Figura 2).

Quanto à escolaridade dos pacientes, constatou-se maior frequência absoluta de casos em indivíduos da 5ª a 8ª série do ensino fundamental incompleto, (27,30%). Logo depois, aparecem

tratamento poliquimioterápico, aliado ao estabelecimento de metas pela OMS a partir de 1991, e assumidas pelos municípios, tem proporcionado e refletido em reduções na prevalência e incidência da hanseníase ao longo dos anos, fato evidenciado de 2004 a 2006. Vale ressaltar, no entanto, que fatores relacionados à busca ativa e a possível subnotificação de casos na população, podem estar relacionados a essas oscilações verificadas no período subsequente a 2006.

O coeficiente de detecção médio, de 0,38 casos/100.000 habitantes encontrados em pacientes com idade inferior a 15 anos, reflete em um baixo grau de detecção da doença para essa faixa etária, tendo como análise os parâmetros fixados pelo Ministério da Saúde¹⁰. O problema da hanseníase em menores de 15 anos e suas consequências tem sido objeto de estudo de diversos autores e organizações internacionais. Diversos autores em regiões endêmicas tem demonstrado um acentuado número de casos nessa faixa etária¹³⁻¹⁵. Por ser considerada uma doença do jovem e do adulto, devido ao longo período de incubação pelo *M. leprae*, um acréscimo de casos detectados nessa faixa etária evidencia a existência de um aumento na cadeia de transmissão do bacilo na população, além de uma deficiência na vigilância e no controle da doença. Os achados anteriormente citados corroboram com a baixa cadeia de transmissão do bacilo e legitimam uma eficiência na vigilância e no controle da doença adotado pelo município.

No tocante a avaliação do grau de incapacidade física dos pacientes no diagnóstico da doença, é de suma importância e imprescindível sua análise para fins epidemiológicos, visto que, tais incapacidades atuam como geradoras de interferência na vida social, ocasionando traumas psicológicos em seus portadores, devido seu alto poder incapacitante. A totalidade de avaliados nesse quesito, como verificado, qualifica o município em um bom atendimento em relação aos indicadores da qualidade das ações e serviços (operacionais)¹⁰. A proporção de casos de hanseníase com grau II de incapacidade física no momento do diagnóstico, entre os casos novos detectados e avaliados no ano, tem sido uma das formas mais eficazes na avaliação de precocidade de diagnóstico. Visto que, quanto maior a proporção e a intensidade da incapacidade mais tardia é a detecção da doença. Neste estudo, uma média de 15,87% dos pacientes apresentavam incapacidade grau II no momento do diagnóstico. Estes dados qualificam o município em uma baixa efetividade nas atividades de detecção oportuna e precoce de casos. Os parâmetros do Ministério da Saúde pressupõem que menos de 5% dos pacientes diagnosticados devam apresentar grau II de incapacidade quando no diagnóstico da doença. A Figura 1 mostra que apenas em 2005 os achados se equipararam as prerrogativas do Ministério da Saúde. Desde então, alto índice de pacientes com grau II de incapacidade vem sendo diagnosticados, com pico em 2008, representando 23,53% do total. Esses dados alertam sobre e confirmam a detecção tardia da hanseníase no município. Já a proporção 96,11% dos pacientes avaliados por ocasião da cura resulta em um bom índice de avaliação perante os indicadores da qualidade das ações e serviços (operacionais). Esse dado é importante, pois mede o quanto o serviço de saúde está atento no controle dessas incapacidades, além de permitir inferir aspectos relacionados ao tratamento, através de análise comparativa entre possíveis evoluções de graus de incapacidade, no momento do diagnóstico à alta por cura.

O alto percentual de casos (66,67%) com diagnóstico da doença nas formas multibacilares (dimorfa e virchowiana) é um forte indicativo que a mesma vem sendo diagnosticada tardiamente e que a cadeia de transmissão do *M. leprae* continua a ocorrer, servindo de alerta por serem estas, consideradas as formas contagiantes da

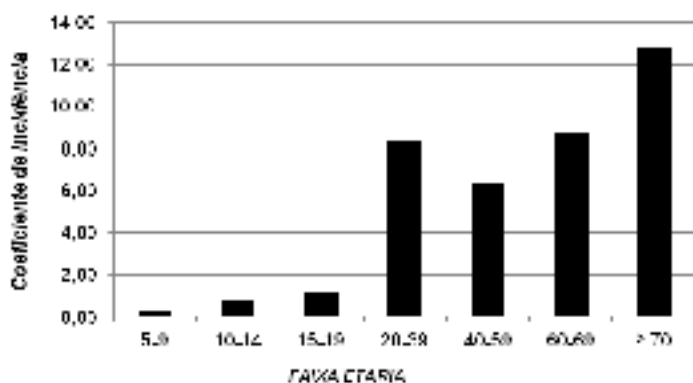


Figura 2 – Coeficiente de incidência média dos casos de hanseníase/100.000 habitantes por faixa etária, para o período de 2004 a 2009 – Guarulhos/SP.

indivíduos com ensino médio incompleto e os de 1ª a 4ª série do ensino fundamental incompleto, com (16,67%) e (15,25%) dos casos, respectivamente.

DISCUSSÃO

A análise da Tabela 1 mostra variações no coeficiente de detecção da doença no período de estudo. Observou-se um decréscimo de 4,97 em 2004, para 3,51 em 2006. Em 2007 observa-se um tênue aumento para 3,65, seguido de uma queda em 2008 (2,66), e em 2009 volta a subir (3,16). O coeficiente médio (3,72) encontrado no período de estudo permite classificar o município, com um médio coeficiente de detecção em relação aos parâmetros de endemicidade mais recentes do Ministério da Saúde¹⁰. Quando comparados a outros estados da região Centro-Oeste, Norte e Nordeste, o município de Guarulhos, assim como todo o estado de São Paulo, apresenta um médio coeficiente de detecção em relação a esses locais, onde se concentram a maior parte dos casos de hanseníase notificados no país, com coeficiente de detecção que ultrapassa os 80 casos/100.000 habitantes¹³. O fortalecimento e a expansão do

doença e potencialmente incapacitantes. A Tabela 4 mostra ainda que 64% do total de diagnósticos no período apresentavam as formas dimorfa e virchowiana. Dados esses, que vão de encontro aos observados por Carneiro et. al.¹⁶ em um estudo no interior do Rio Grande do Sul, onde verificaram que (71%) dos casos pertenciam as formas multibacilares. Sabendo que, as formas indeterminada e tuberculóide são assinaladas como fases iniciais da doença, em que o próprio sistema imune pode vir a desencadear cura espontânea ou o indivíduo apresentar evolução para formas polarizadas, e avaliando o baixo número de casos encontrados nessas formas, demonstra que os achados corroboram com a hipótese de diagnóstico tardio e aumento na cadeia de disseminação da doença, permitindo inferir novamente, que a rede básica de saúde não vem detectando os casos nas formas precoces.

A maior incidência de casos de hanseníase no sexo masculino no município de Guarulhos é condizente com a literatura existente^{13,17}. A partir da soma e análise de alguns fatores, como: 1) menor acesso aos serviços de saúde por parte do público masculino; 2) maior direcionamento de programas a saúde da mulher; 3) menor preocupação dos homens em relação à saúde e a estética¹, poderiam, esses fatores, interferir e relacionar-se em demora de diagnósticos. Assim sendo, as mulheres teriam mais oportunidade de diagnóstico precoce, contrariamente aos homens, cujos fatores anteriormente elencados podem ser os responsáveis pelos diagnósticos tardios, vindo a ocasionar, conseqüentemente, no acúmulo de casos para esse gênero, hipótese essa respaldada pelos dados encontrados, que mostram que 40,08% dos casos diagnosticados no período, afetaram indivíduos masculinos e pertenciam as formas consideradas tardias da doença, dimorfa e virchowiana. Dados esses confrontantes em relação às mulheres, que somaram 23,7% dos casos. Em relação à etnia, outros estudos realizados na região sudeste, onde houve predomínio da cor branca, os autores sustentam que tal distribuição reflete a composição étnica da população¹⁸.

A simples frequência absoluta da ocorrência de determinada epidemia segundo Rouquaryol¹⁹, é restrita a eventos localizados no tempo e no espaço, a qual não oferece a possibilidade de comparações temporais ou geográficas. A predominância de casos na faixa etária de 20 a 39 anos não deve ser confundida com uma maior incidência da doença nessa parcela da população, pois, neste caso, não existe uma relação com toda a população susceptível desta faixa etária a desenvolvê-la. Há apenas a quantificação da ocorrência, sendo maior, porque existem mais pessoas nessa faixa etária, com oportunidade de ser acometida. A distribuição por faixa etária, após os cálculos de incidência (Figura 2), mostra que até a faixa etária de 20 a 39 anos, ocorreu um aumento no coeficiente de incidência conforme o aumento da idade. A partir daí, nota-se uma queda no coeficiente, o qual volta a subir na faixa etária de 60 a 69 anos, e por fim, atinge seu pico de incidência em indivíduos com idade igual ou superior a 70 anos. A menor incidência da hanseníase em crianças em relação aos adultos está de acordo com a literatura existente¹, visto o longo período de incubação do *M. leprae*. Esse achado é importante, pois sugere que a transmissão da doença não vem ocorrendo de forma intensa, porquanto em regiões altamente endêmicas a taxa de incidência em indivíduos até os quinze anos é altíssima, uma vez que, o maior número de bacilos em circulação aumenta o risco de contato precoce. Uma hipótese para a maior incidência de casos em indivíduos com idade igual ou superior a 70 anos pode estar relacionada a fatores biológicos e/ou imunológicos. A maior fragilidade do sistema imune aumentaria a oportunidade de evolução da doença em contato com o bacilo.

Os dados atinentes à escolaridade são importantes para se realizar a educação em saúde da população e facilitar a apreensão das orientações sobre o tratamento e cuidados necessários. O fato de a hanseníase ser tida como uma doença estigmatizadora, dificulta sua aceitação e conseqüentemente o tratamento. Esta discriminação ocorre até mesmo pelos próprios pacientes, que abandonam ou se recusam a realizá-lo. Assim, o planejamento de uma educação continuada com o intuito de informar, esclarecer e educar a população é fundamental no controle da transmissão da doença.

Se por um lado, o médio coeficiente de detecção encontrado na população geral, o reduzido número de casos em menores de quinze anos e a alta proporção de avaliações relativa à incapacidade no momento do diagnóstico e na cura, indicam uma baixa cadeia de transmissão do bacilo, um bom atendimento perante ações e serviços operacionais, e eficiência na atenção as incapacidades, por outro, no que tange a precocidade de diagnósticos, esforços e mudanças devem ser alocados e direcionados ao programa de controle e vigilância epidemiológica em vigor, com objetivo de diminuir um aumento da cadeia de disseminação da doença, em face à culminante proporção de pacientes que vem sendo diagnosticados com grau II de incapacidade física e o alto percentual de casos nas formas multibacilares.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao professor Msc. Alessandro Mendonça Mazzoni pela participação e colaboração efetiva, a Professora Tania Mara Paiva Sampaio pela revisão e aos amigos Alexandre Bancher de Lima, Leonardo Cini Delgado e Marcio Martins de Araújo pelas críticas, discussões, apoio e incentivo para concretização deste trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Amaral EP, Lana FCF. Análise espacial da hanseníase na microrregião de Almenara, MG, Brasil. *Rev Bras Enferm.* 2008;61(1):701–707.
2. Shepard, CC. Temperature optimum of *Mycobacterium leprae* in mice. *J. Bacteriol.* 1965;(90):1271-75.
3. Gomes CCD, Pontes MAA, Gonçalves HS, Penna GO. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase em um centro de referência na região nordeste do Brasil. *An Bras Dermatol.* 2005;80(Supl 3):283-288.
4. Talhari S, Neves RG, Penna GO, Oliveira MLV. Hanseníase. *Dermatologia tropical.* 4ª ed. Manaus. Gráfica tropical. 2006.
5. Brasil, Ministério da Saúde. Guia de vigilância epidemiológica. Secretaria de vigilância em saúde. 7ª ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2009.
6. Santos APT, Almeida GG, Martinez CJ, Rezende C. Imunopatologia da hanseníase: aspectos clínicos e laboratoriais. *Newlab.* 2005;(73):142-156.
7. Mendonça VA, Costa RD, Melo GEBA, Antunes CM, Teixeira AL. Imunologia da hanseníase. *An. Bras. Dermatol.* 2008;83(4):343-350.
8. World Health Organization [Internet]. Leprosy: Number of reported cases by country. [acesso em 2013 Mar 20]. Disponível em: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.95300>.

9. Martelli CMT, Setani MMA, Penna GO, Andrade ALSS. Endemias e epidemias brasileiras, desafios e perspectivas de investigação científica: hanseníase. *Rev Bras Epidemiol*. 2002;5(3):273-285.
10. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.125 de 7 de outubro de 2010. Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da hanseníase. Gabinete do Ministro/MS. Brasília (DF); 2010.
11. Miranzi SSC, Pereira LHM, Nunes AA. Perfil epidemiológico em um município brasileiro, no período de 2000 a 2006. *Rev da Soc Bras. de Med. Trop*. 2010;43(1):62-67.
12. Lana FCP, Carvalho APM, Davi RFL. Perfil epidemiológico da hanseníase na microrregião de Araçuaí e sua relação com ações de controle. *Esc Anna Nery*. 2011;15(1):62-67
13. Pereira EVE, Nogueira LT, Machado HAS, Lima LAN, Ramos CHM. Perfil epidemiológico da hanseníase no município de Teresina, no período de 2001-2008. *An Bras dermatol*. 2011;86(2):235-240.
14. Imbiriba EB, Hurtado-Guerrero JC, Garnelo J, Levino A, Cunha MG, Pedrosa V. Perfil epidemiológico da hanseníase em menores de quinze anos de idade, Manaus (AM), 1998-2005. *Rev Saude Publica*. 2008;42(6):1021-1026.
15. Alencar CHM, Barbosa JC, Ramos Jr NA, Alencar MJF, Pontes RJS, Castro GJC, Castrolli GJ, Heukelbachl J. Hanseníase no município de Fortaleza, CE, Brasil: aspectos epidemiológicos e operacionais em menores de 15 anos (1995-2006). *Rev Bras Enferm*. 2008;61(Esp):694-700.
16. Carneiro M, Possuelo LG, Valim ARM, Duro LN. Situação endêmica da hanseníase em uma cidade do interior do Rio Grande do Sul. *Rev Epidemiol Control infect*. 2012;2(1):10-13.
17. Hinrichsen SL, Pinheiro MRS, Juca MB, Rolim H, Nóbrega Danda GJ, Danda DMR. Aspectos epidemiológicos da hanseníase na cidade de Recife, PE em 2002. *An Bras Dermatol* 2004;79(4):413-421.
18. Cunha MD, Cavaliere FAM, Hércules FM, Duraes SMB, Oliveira MLW, Matos HJ. Os indicadores da hanseníase e as estratégias de eliminação da doença, em município endêmico do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2007;23(5):1187-1197.
19. Rouquayrol MZ. *Epidemiologia e saúde*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Médica e Científica; 1986.

ARTIGO DE REVISÃO

Sífilis Congênita: uma revisão da literatura

Congenital Syphilis: literature review

Eduardo Chaida Sonda¹, Felipe Farias Richter¹, Graziela Boschetti¹, Marcella Pase Casasola¹, Candice Franke Krumel², Cristiane Pimentel Hernandez Machado³

¹Curso de Medicina, Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul/RS; ²Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul/RS; ³Departamento de Biologia e Farmácia da Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS.

Recebido em: 22/08/2012

Aceito em: 22/01/2013

crisphm@gmail.com

DESCRITORES

Sífilis congênita
Treponema pallidum
Transmissão vertical

KEYWORDS

Congenital syphilis
Treponema pallidum
Vertical transmission

RESUMO

A sífilis é uma doença infectocontagiosa causada pela pelo *Treponema pallidum* e apresenta altas taxas de transmissão vertical, podendo chegar a 100% dependendo da doença materna e da fase da gestação. O diagnóstico da sífilis gestacional é simples e o seu rastreamento é obrigatório durante o pré-natal. Ainda assim, essa patologia apresenta elevada prevalência, afetando dois milhões de gestantes no mundo. Os procedimentos prestados em recém-nascidos com sífilis congênita representam custos três vezes superior aos cuidados dispendidos a um bebê sem essa infecção. O tratamento é, no geral, realizado com penicilina e deve estender-se aos parceiros sexuais. Não tratar, ou tratar inadequadamente, a sífilis congênita pode resultar em abortamento, prematuridade, complicações agudas e outras sequelas fetais.

ABSTRACT

Syphilis is an infectious disease caused by *Treponema pallidum* and has high rates of vertical transmission, which can reach 100% depending on the maternal disease and stage of pregnancy. The diagnosis of gestational syphilis is simple and its screening is required during the prenatal period. However, this disease still has a high prevalence, affecting two million pregnant women worldwide. The procedures performed in newborns with congenital syphilis represent costs that are three-fold higher than the ones spent with a baby without this infection. The treatment is generally carried out with penicillin and must be extended to sexual partners. Inadequate or lack of treatment of congenital syphilis can result in miscarriage, premature birth, acute complications and other fetal sequelae.

INTRODUÇÃO

A incidência da sífilis congênita representa um importante indicador da qualidade da atenção materno-infantil e estima-se que a cada ano 12 mil recém-nascidos no Brasil apresentem a doença¹. A sífilis é causada pela infecção pelo *Treponema pallidum* e apresenta altas taxas de transmissão vertical, podendo chegar a 100% nas duas primeiras fases da doença materna. A prevalência brasileira da doença é de 1,6% entre as parturientes, porém estima-se que possa haver uma subnotificação de até 67%, mesmo com o uso do Sistema Nacional de Notificações^{2,3}. A prevenção da sífilis congênita é realizada unicamente no pré-natal, não podendo ser feita no interparto ou pós-natal, fato que ressalta a relação direta entre a frequência da enfermidade e a qualidade dos serviços de atenção básica e saúde da mulher⁴. O diagnóstico da sífilis gestacional é simples e a doença deve ser rastreada em todas as gestantes. O tratamento é, no geral, realizado com penicilina e deve estender-se aos parceiros sexuais. Não tratar, ou tratar inadequadamente, a sífilis congênita pode resultar em abortamento, prematuridade, complicações agudas e outras sequelas fetais³.

EPIDEMIOLOGIA

No Brasil, a incidência, no ano de 2011, chegou a 3,3 casos por 1.000 nascidos vivos, tendo as regiões nordeste e sudeste apresentado maiores percentuais se comparadas às outras regiões⁵. Além disso, existe um grande número de casos não notificados, sendo que são evidenciadas taxas de mortalidade perinatal decorrentes à sífilis somente nos Estados do Espírito Santo, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul e Mato Grosso do Sul, conforme os Indicadores Básicos para a Saúde (IDB, 2008) da Rede Interagencial de Informações para Saúde (RIPSA)⁶. A maioria dos neonatos portadores de Sífilis Congênita apresenta prematuridade e baixo peso ao nascer, necessitando ficar por um período maior em Unidades de Terapia Intensiva. Os procedimentos prestados em recém-nascidos com sífilis representam custo três vezes superior aos cuidados dispendidos a um bebê sem essa infecção⁶.

TRANSMISSÃO

A Sífilis Congênita é uma doença causada pelo *Treponema pallidum*, o qual se dissemina por via hematogênica, infectando o feto através da placenta, devido à gestante infectada estar isenta de tratamento ou erroneamente tratada. Tal transmissão é possível em qualquer fase da gestação, sendo mais provável que ocorra na primeira ou segunda fase da doença, podendo chegar a 100% de probabilidade de transmissão vertical. Existe, ainda, a chance de contaminação direta do *T. Pallidum* para o concepto, durante a passagem pelo canal de parto, uma vez que existam lesões genitais na gestante. Quanto ao aleitamento, a transmissão também é viável, desde que lesões mamárias estejam presentes⁷. Cerca de um terço das gestantes infectadas pelo *T. Pallidum* pode evoluir para perda fetal, enquanto outra porcentagem semelhante a essa, tem a sífilis congênita como consequência. Apesar de facilmente prevenível, essa patologia apresenta elevada prevalência, afetando 2 milhões de gestantes no mundo. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), sendo quatro vezes mais prevalente que a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV)³.

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Ao nascimento, cerca de dois terços dos nascimentos vivos portadores de sífilis congênita são assintomáticos, enquanto nos demais, as características clínicas variam conforme a classificação da doença⁷. A sífilis congênita precoce apresenta: lesões cutaneomucosas, como placas mucosas, lesões palmo-plantares, fissuras radiadas periorificiais, condilomas planos ano-genitais e hepatoesplenomegalia como os principais sinais apresentados, ocorrendo em cerca de 70% dos casos. Enquanto isso, lesões ósseas, manifestas por periostite e osteocondrite (ex. pseudo-paralisia de Parrot); lesões do sistema nervoso central (ex. convulsões, meningite); lesões do aparelho respiratório (pneumonia alba) e rinite sanguinolenta surgem em uma minoria dos casos⁸. Além disso, segundo Saraceni et. al. (2005), a prematuridade e o baixo peso ao nascer também são sinais que podem se manifestar na sífilis congênita, estando relacionados diretamente com os óbitos fetais⁵. Por conseguinte, a sífilis congênita tardia tem como características: fronte olímpica, mandíbula curva, arco palatino elevado, tríade de Hutchinson (dentes de Hutchinson, ceratite intersticial, lesão do VIII par craniano), nariz em sela; tibia em lâmina de sabre, surdez, retardo mental e hidrocefalia⁸.

DIAGNÓSTICO

Para o rastreamento e combate da sífilis congênita, o Brasil implementou o Plano Operacional para Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis, publicado em 2007, o qual enfatiza as ações na atenção básica, estimulando a investigação de sífilis para gestantes através do teste VDRL (*Veneral Disease Research Laboratory*) no 1º e 3º trimestre^{2,3}. Entretanto, estudos que levantaram dados primários sobre a cobertura dos testes apontaram que 66% a 95% das gestantes teriam acesso a pelo menos um VDRL no pré-natal, mas o acesso ao 2º VDRL, que deveria ser realizado até a 30ª semana de gestação, geralmente alcança menos de um quarto das gestantes (0,2% a 20,7%)³. A partir de um VDRL com resultado < 1:8, está indicado a investigação adicional para sífilis congênita. Desse modo, há disponibilidade do método de pesquisa direta ao *T. pallidum* pela microscopia de campo escuro da placenta ou cordão umbilical, enquanto o teste treponêmico FTA-Abs (técnica de anticorpos fluorescentes) não deve ser realizado em recém-nascidos, pois o teste pode resultar em falsos negativos⁸. Além disso, para avaliação complementar, é importante solicitar uma punção lombar (se sinais de neurosífilis), radiografia de ossos longos, hemograma e teste de anti-HIV^{3,8}.

Para fins de definição de caso, considera-se sífilis congênita precoce até 2 anos de idade, após é considerado sífilis congênita tardia. É considerado caso as seguintes condições: todos os recém-nascidos de mães não tratadas ou inadequadamente tratadas; toda criança com VDRL positivo e uma alteração, tanto clínica, radiológica ou líquórica; VDRL maior ou igual a 4 vezes o título materno no parto; elevação da titulação de VDRL; RN com evidência laboratorial em material colhido de lesão, placenta, ou cordão umbilical; morte fetal após 20 semanas ou com peso maior que 500 gramas, cuja mãe sífilítica, foi incorretamente tratada ou não foi tratada; natimorto com sífilis⁹.

TRATAMENTO

O tratamento da sífilis congênita dependerá de quatro fatores: identificação de sífilis na mãe, adequação ao tratamento, presença de evidências clínicas, laboratoriais e radiológicas no neonato e comparação da sorologia não-treponêmica materna e do neonato¹⁰.

O tratamento com penicilina G cristalina na dose de 50.000 UI/Kg, por via endovenosa, de 12 em 12 horas nos primeiros 7 dias de vida e de 8 em 8 horas até completar 10 dias de vida, ou por penicilina G procaína 50.000 UI/Kg, dose única diária, por via intramuscular durante 10 dias está indicado nas seguintes condições: recém-nascido sintomático, com alteração clínica, sorológica, radiológica e/ou hematológica, cuja mãe com sífilis foi adequadamente tratada, ou cuja mãe com sífilis não foi tratada ou foi inadequadamente tratada (tratamento realizado com penicilina antes de 30 dias do parto, ou sem penicilina); e em recém-nascido de mães tratadas, que possuem VDRL maior que o materno, ou menor ou igual ao materno sem possibilidades de seguimento clínico, ambos os casos com alterações nos exames. Caso haja alterações no líquido, em todos os casos, utiliza-se somente o esquema de penicilina G cristalina⁷.

O tratamento com penicilina G benzatina, 50.000 UI/Kg, dose única, intramuscular, é indicada nas seguintes situações: recém-nascidos assintomáticos de mães incorretamente tratadas, ou de mães tratadas sem possibilidade de acompanhamento clínico, ambos os casos com exames e VDRL negativos; e em recém-nascidos, de mães tratadas, que possuem VDRL menor ou igual ao materno, com outros exames negativos⁷.

O tratamento com penicilina G cristalina, de 4 em 4 horas, é feito em crianças com mais de 1 mês de vida, com quadro clínico e sorológico compatível com sífilis congênita. Em qualquer tratamento, caso haja interrupção por 1 dia, este deverá ser reiniciado⁷.

A injeção, e também, a erupção cutânea (marcador alérgico) pode estar relacionada com a aplicação da penicilina não está sendo realizada em muitos lugares do Brasil, e a justificativa se atribui às reações adversas que a penicilina pode causar, principalmente, a reação anafilática. Esse quadro se intensifica com a adoção de práticas pouco realista em alguns lugares, o que leva as pessoas a procurarem espaços alternativos à aplicação da penicilina, como farmácias¹. Além disso, eventos adversos são constantemente interpretados como reações anafiláticas, como ansiedade, sudorese e medo doença tratada, ou ainda com outra doença concomitante a sífilis. Soma-se a isso que a frequência de reação anafilática está em torno de 0,04% a 0,2%, com uma taxa de letalidade de 0,001%¹.

O manejo da reação anafilática é direcionado às suas manifestações: cutâneas, dificuldades respiratórias, e hipotensão. Deve-se aplicar epinefrina 1:1000 0,3 ml a 0,5 em adultos, e 0,01 ml até 0,3 ml no máximo às crianças, por via intramuscular. Os anti-histamínicos, antagonistas H1 e H2, tem papel adjuvante no manejo da anafilaxia. Para tratar a hipotensão, deve-se deitar o paciente e elevar suas pernas. Para tratar a dificuldade respiratória, deve-se administrar oxigênio por máscara (100%, 4 a 6 L/min), para asma se administra cloreto de sódio 0,9% e fenoterol.

Lembra-se que a troca da penicilina pode ser feita por outros antibióticos, no entanto resulta em um incorreto tratamento, e consequente sífilis congênita¹.

CONCLUSÃO

Esse artigo de revisão teve como objetivo destacar a importância da sífilis como uma das doenças de maior prevalência na transmissão vertical, junto com uma variabilidade de apresentações, e consequentemente o tratamento. A sua prevalência tanto local como a nível mundial segue elevada apesar das medidas preventivas já implantadas. Não podemos deixar de considerar o aspecto relacionado à associação da sífilis com a infecção pelo vírus HIV, cuja incidência também segue elevada, e o tratamento concomitante dos parceiros sexuais, que muitas vezes não é feita de forma adequada o que mantém a cadeia de transmissão. A penicilina continua a ser a droga de escolha para o tratamento, garantindo a cura.

Embora o diagnóstico e o tratamento sejam de fácil acesso e de baixo custo, a sífilis congênita continua sendo um problema de saúde pública e deve continuar sendo alvo de estudos que gerem novas estratégias de prevenção.

REFERÊNCIAS

1. Grumach AS, Matida LH, Heukelbach J, et al. A (des)informação relativa à aplicação da penicilina na rede dos sistema de saúde do Brasil: o caso da sífilis. *DST – J Bras Doenças Sex Transm.* 2007; 19(3-4): 120-127.
2. Simão MBG. Plano operacional: redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis. Ministério da Saúde – Programa Nacional de DST e AIDS (BRA); 2007. 22 p.
3. Araújo CL, Shmizu HE, Sousa AIA, et al. Incidência da Sífilis Congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia de Saúde da Família. *Rev Saúde Pública.* 2012;46(3):479-86.
4. Ramos Jr AN, Matida LH, Saraceni V, et al. Control of mother-to-child transmission of infectious diseases in Brazil: progress in HIV/AIDS and failure in congenital syphilis. *Cad. Saúde Pública.* 2007;23(3):370-378.
5. Pereira GFM. Boletim Epidemiológico Sífilis 2012. Ministério da Saúde – Departamento de DSTs, AIDS e Hepatites Virais (BRA); 2012. 12 p.
6. Saraceni V, Guimarães MHFS, Filha MMT, et al. Mortalidade Perinatal por Sífilis Congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança. *Cad. Saúde Pública.* 2005;21(4):1244-50.
7. Chequer P. Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita. Ministério da Saúde – Programa Nacional de DST e AIDS (BRA); 2006. 70 p.
8. Bergmann DS. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e Sífilis. Ministério da Saúde – Programa Nacional de DST e AIDS (BRA); 2007. 117 p.
9. Tayra A, Matida LH, Saraceni V, et al. Duas Décadas de Vigilância Epidemiológica da Sífilis Congênita do Brasil: A Propósito das Definições de Caso. *DST – J. Bras. Doenças Sex. Transm.* 2007;19(3-4):111-119.
10. Centers for Disease Control and Prevention. Congenital Syphilis. Disponível em: <http://www.cdc.gov/std/treatment/2006/congenital-syphilis.htm>. Acesso em 14/06/2012.

CARTAS AO EDITOR

Programa Bem me Quer: um instrumento de redução de mortalidade fetal e infantil, no município de Santa Cruz do Sul/RS

"Bem me Quer" (Love me) Program: a tool to decrease fetal and infant mortality in the city of Santa Cruz do Sul/RS

Maria Elijara Sales Snovarski¹, Fernanda Carlin², Thais Weiss¹, Vera Lúcia Ferreira da Silva¹

¹Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul/RS

Recebido em: 12/11/2012

Aceito em: 04/03/2013

mariasn@unisc.br

DESCRITORES

Mortalidade infantil e fetal
Vigilância epidemiológica

KEYWORDS

Infant and fetal mortality
Epidemiological surveillance

A mortalidade infantil é um dos principais indicadores da saúde da população infantil, em virtude de ser o resultado de uma combinação entre fatores biológicos, sociais, culturais e falhas no sistema de saúde. O coeficiente de mortalidade é padronizado internacionalmente como o número de óbitos de crianças menores de um ano sobre o número de nascidos vivos e multiplicados por 1000. A taxa de mortalidade infantil tem sido dividida em dois componentes, esses que têm determinantes diferenciados na população: mortalidade neonatal e pós-neonatal. São considerados óbitos neonatais, todas aquelas crianças que morreram até completar 28 dias de vida; nesse sentido todos os óbitos a partir do 29º dia de vida são considerados pós-neonatais¹.

No ano de 2004, o governo federal elaborou e criou o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal; o qual envolveu ampla articulação entre gestores e sociedade civil, com articulações intersetoriais, sendo considerado pela Organização das Nações Unidas modelo de mobilização e diálogo social para a promoção dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio².

Nessa mesma linha, no mesmo ano, o município de Santa Cruz do Sul/RS; em consonância com o Pacto Nacional pela Re-

dução da Mortalidade Materna e Neonatal, criou o Programa Bem Me Quer. O Programa foi implantado em 29 de abril de 2004, no município de Santa Cruz do Sul, resultado de estudos e investigações epidemiológicas dos óbitos infantis realizados pela Vigilância Epidemiológica junto ao Comitê da Mortalidade Infantil do município, que identificaram uma oscilação anual na taxa de Mortalidade Infantil.

A partir daí esse programa, iniciou uma série de ações assistenciais e preventivas que vinham a concretizar o objetivo de promover a qualidade de vida da população de Santa Cruz do Sul, visando à diminuição da mortalidade Infantil. O Programa Bem Me Quer tem uma equipe multidisciplinar formada por assistente social, enfermeira, técnica de Enfermagem e técnico administrativo.

O Programa é um serviço executor do Comitê Municipal de Ações de Redução da Mortalidade Infantil e Fetal, o qual foi criado com uma metodologia própria de execução, sendo que o público alvo a ser atendido deveria ser gestante e criança de risco, sendo que as gestantes de risco seriam aquelas com condicionantes clínicos e sociais desfavoráveis e as crianças, as quais se enquadrassem nos critérios da Resolução nº 146/2003-CIB/RS.

Os critérios são divididos em 2 grupos: isolados e associados; sendo que os isolados são os seguintes: crianças nascidas com idade gestacional menor que 36 semanas; criança nascida com peso menor que 2500 gramas; criança nascida com apgar, no 5º minuto menor que 7; criança nascida em parto domiciliar. Os critérios associados são: idade materna menor que 19 anos, grau de instrução materna menor que sete anos; filhos nascidos mortos (dois ou mais); filhos nascidos vivos (três ou mais).

As informações são adquiridas pelo Programa Bem Me Quer via Vigilância Epidemiológica do município. A equipe de Enfermagem do setor, semanalmente, avalia todas as Declarações de Nascidos Vivos do município, e a partir daí classifica aquelas que possuem critérios CIB. Na sequência as crianças selecionadas, são informadas ao Programa Bem Me Quer, e o mesmo a partir daí inicia o cadastro e monitoramento das mesmas. Além desses critérios também são acompanhadas as crianças menores de um ano de vida com internações hospitalares, bem como crianças em outras situações de vulnerabilidade, como as vítimas de algum tipo de negligência ou violência.

Por ser um programa articulador na rede de atenção a saúde da criança, o mesmo centraliza todas as situações e após repassa aos serviços de saúde de responsabilidade direta, e a partir daí, em parceria com os serviços executa um trabalho de monitoramento e acompanhamento direto e indireto a todas as situações citadas acima.

Simultâneo ao atendimento das crianças de risco, no Programa Bem Me Quer, está o atendimento dessas no Ambulatório de Risco Neo-Pediátrico Municipal. Neste ambulatório são monitoradas mensalmente todas as condições que contemplam o desenvolvimento infantil, com ênfase nos bebês prematuros e/ou portadores de patologias específicas.

São parceiros dessa jornada, instituições públicas e privadas, as quais são responsáveis pela garantia de uma vida digna, com a seguridade de uma infância contemplada com todos os Direitos preconizados no Estatuto da Criança e do Adolescente.

Nesse sentido pode-se perceber que desde a implantação do Programa Bem Me Quer ocorreram alterações nos coeficientes de mortalidade infantil no município, como demonstrado na Figura 1.

MORTALIDADE INFANTIL SANTA CRUZ DO SUL/RS

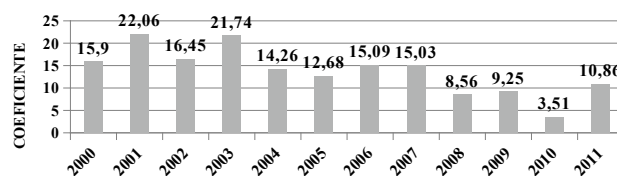


Figura1 – Mortalidade Infantil em Santa Cruz do Sul/RS

A redução desses índices é reflexo de um trabalho de comprometimento da equipe do Programa Bem Me Quer, bem como de toda rede de atenção.

Além das ações citadas anteriormente, desde o ano de 2010, o Programa iniciou a realização de todas as investigações dos óbitos infantis e fetais, ocorridos no município. Após serem investigados todos os óbitos, são analisados pelo Comitê Municipal de Ações de Redução da Mortalidade Infantil e Fetal, e na sequência a análise é enviada a Vigilância Epidemiológica do município e essa faz a digitação e envio a 13ª Coordenadoria Regional de Saúde.

Assim, o Programa Bem Me Quer além de ser um serviço, o qual tem intuito direto de promover e executar ações de redução da mortalidade infantil e fetal, também é responsável pela investigação dos óbitos o que permite a manutenção de um banco de dados importantíssimo para fundamentação das Políticas de Saúde da Criança do município de Santa Cruz do Sul-RS.

REFERÊNCIAS

1. Lise F. Mortalidade Infantil no Brasil, In: Leite M E O. Programa de Atualização em Enfermagem: saúde da criança e do adolescente (PROENF). Porto Alegre: Artmed/ Panamericana Editora; 2006. p. 47-94.
2. Adson França. Mortalidade Infantil e Materna: Uma prioridade no SUS. [publicação na Internet]. 2008 Mai [citado 2012 Nov 06]. Disponível em: <http://www.redesaude.org.br/NOTICIAS/28mai/prioridade%20no%20sus.htm>

COMUNICAÇÃO BREVE

Alerta Epidemiológico: Gripe Aviária – A(H7N9)

Eliane Carlosso Krummenauer¹, Janete Aparecida Alves Machado¹, Janine de Mello Rauber¹, Manoela Suzana Persch¹, Jenifer Grotto de Souza¹, Robson Antonio Gonçalves¹, Patrícia Raquel Wappler¹, Leandro Müller¹, Marcelo Carneiro¹

¹Comissão de Controle de Infecção e Epidemiologia Hospitalar – Hospital Santa Cruz – Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul/RS

Recebido em: 20/04/2013

Aceito em: 21/04/2013

carneiomarcelo@yahoo.com.br

Nos meses de outono/inverno as infecções respiratórias virais são as frequentes no sul do Brasil. O vírus influenza é o principal agente e é transmitido facilmente de uma pessoa infectada para outra por meio de gotículas e, inclusive por pequenas partículas produzidas pela tosse, espirro ou até mesmo durante a fala, além do contato das mãos. A infecção apresenta uma semana de evolução, sendo reconhecida por febre de início repentino, acompanhada por dores musculares, dor de cabeça, mal-estar intenso, tosse não produtiva, coriza e rinite.

De acordo com os dados do Ministério da Saúde do Brasil, durante uma epidemia sazonal de influenza, aproximadamente 5 a 15% da população será infectada, resultando em aproximadamente 3 a 5 milhões de casos graves por ano e de 250 a 500 mil mortes no mundo, principalmente em grupos de risco (crianças, idosos e portadores de doenças crônicas).

No Brasil, os vírus influenza predominantes são Influenza A e B. Os subtipos da influenza A que predominam são: o A/H1 sazonal, A/H3 sazonal e A (H1N1) pdm09. Em abril de 2013, na China, foram identificados casos graves de infecção em humanos causadas pelo vírus de influenza aviária A (H7N9). Até 02/05/2013, 127 pacientes confirmaram a infecção laboratorialmente e 26 evoluíram para óbito. Os casos desenvolveram desconforto respiratório grave, pneumonia fulminante, choque séptico, rabdomiólise e encefalopatia. Os vírus

parecem ser sensíveis aos inibidores da neuraminidase (oseltamivir e zanamivir). Os primeiros casos receberam tratamento com oseltamivir, mas com início tardio (após 7 a 8 dias). Atualmente, o real impacto do tratamento é desconhecido. As principais províncias atingidas são do leste chinês: Anhui, Henan, Jiangsu, Zhejiang, Pequim e Xangai.

A identificação e tratamento precoce dos casos suspeitos, divulgação de informações atualizadas para profissionais e população em geral, bem como a intensificação das medidas de higiene recomendadas para prevenção de doenças de transmissão respiratórias com destaque especial a higienização das mãos e a etiqueta respiratória é prioritária. A vigilância é essencial para identificar novas infecções e a circulação viral.

A Organização Mundial de Saúde mantém a recomendação de monitoramento em viajantes. A cidade de Santa Cruz do Sul – RS está em alerta, pois é um polo de circulação de estrangeiros e viajantes provenientes das áreas de risco. Portanto pessoas oriundas da China e contatos que desenvolverem sintomas gripais (febre, tosse, dor de garganta ou e/ou dispneia) deverão ser imediatamente tratados (menos de 48 horas) e utilizarem máscara do tipo cirúrgica para diminuir a transmissão. A coleta de vírus é encorajada e os casos deverão ser notificados imediatamente a Vigilância Epidemiológica Municipal e/ou a Comissão de Controle de Infecção e Epidemiologia Hospitalar do Hospital Santa Cruz respectivamente.

QUAL É O SEU DIAGNÓSTICO

Acidente araneídico Accidents with Spiders

Jéssica Alessio Gottfried¹, Maitícia Fernandes Hoppe², Marcelo Carneiro³

^{1,2}Curso de Medicina, Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul/RS;

³Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Hospital Santa Cruz, Santa Cruz do Sul/RS.

Recebido em: 20/02/2013

Aceito em: 07/04/2013

marceloc@unisc.br

Paciente feminina, branca, 37 anos, procedente de Santa Cruz do Sul, chega à emergência às 13 horas referindo mordedura de aranha às 5 horas em face posterior da coxa direita, ao vestir sua calça. Relatando dor em queimação e prurido, sem sinais e sintomas sistêmicos. Previamente hígida e sem comorbidades. Traz consigo a aranha (Figura 1).



Figura 1 – Aranha trazida pela paciente.

Ao exame físico a paciente encontrava-se em bom estado geral, orientada e com sinais vitais estáveis, apresentando lesão eritematosa e endurecida em região posterior da coxa direita de aproximadamente 10cm x 5cm, com ponto de mordedura e sem sinais de necrose (Figura 2).



Figura 2 – Lesão na região posterior da coxa direita.

Com base na história e exame físico, que tipo de acidente é este:

- a) Acidente por *Phoneutria* (armadeira)
- b) Acidente por *Lycosa* (aranha-de-jardim)
- c) Acidente por *Vitafilus* (caranguejeira)
- d) Acidente por *Latrodectus* (viúva-negra)
- e) **Acidente por *Loxosceles* (aranha-marrom)**

Com base nas manifestações clínicas, como é classificada a lesão:

- a) Leve
- b) **Moderada**
- c) Grave

Qual a conduta para este caso:

- a) Limpeza local + neomicina tópica
- b) Limpeza local + corticoide tópico
- c) Limpeza local + corticoide oral
- d) **Limpeza local + soro específico + corticoide oral**
- e) Limpeza local + soro específico + analgesia

No Brasil, existem três gêneros de aranhas de importância médica: *Phoneutria*, *Loxosceles* e *Latrodectus*⁵. A aranha trazida pela paciente corresponde à aranha-marrom, gênero *Loxosceles*, muito provavelmente da espécie *L. gaucho*, comum na região sul do Brasil. Várias são as espécies descritas para o Brasil, sendo as principais causadoras de acidentes *L. intermedia*, *L. laeta* e *L. gaucho*. Podem atingir 1 cm de corpo e até 3 cm de envergadura de pernas. Não são aranhas agressivas, picando apenas quando comprimidas contra o corpo. No interior de domicílios, ao se refugiar em vestimentas, acabam provocando acidentes⁵.

Quanto ao habitat, costumam ser encontradas dentro de casas, porões, sótãos, atrás de estantes, dentro de armários ou nas vestimentas. Preferem locais escuros e tranquilos. Além do ambiente interno de residências, podem ser vistas sob rochas, cascas de árvores mortas, telhas ou tijolos empilhados^{1,2,3}.

O acidente do caso em questão pode ser classificado como moderado, de acordo com as manifestações clínicas, já que a paciente apresentava lesão sugestiva com eritema e edema endurecido local (Tabela 1). Frente a um caso de acidente loxoscélico moderado, primeiramente deve ser realizada limpeza com soro fisiológico no local da lesão, administrar 5 ampolas de soro antiloxoscélico diluídas em 50 ml de soro fisiológico, associando prednisona 40 mg via oral, para reduzir reações de hipersensibilidade ao soro heterólogo^{1,2}.

No caso apresentado, após 5 minutos do início da infusão do soro antiloxoscélico, a paciente manifestou rash cutâneo em tronco e membros, edema periorbital e tosse seca, sendo então necessário acrescentar hidrocortisona 500 mg endovenosa, para cessar a progressão das manifestações alérgicas. A paciente permaneceu em observação, evoluiu com regressão da lesão, mantendo sinais vitais estáveis, e foi liberada três horas após a chegada ao hospital. Foi orientada a retornar à emergência em caso de sinais e sintomas sistêmicos ou locais, como sinais que sugerissem infecção bacteriana secundária (febre, progressão do eritema, formação de pus ou drenagem), bem como alterações cutâneas progressivas sugestivas de necrose precoce. O caso foi notificado à Vigilância de Saúde.

Para evitar acidentes com a aranha-marrom no interior de residências, o ideal é sacudir roupas, sapatos, luvas e outros itens que

não foram utilizados recentemente, ou esticá-los ao chão antes de usar, tomar cuidado ao acessar locais escuros como interior de armários ou atrás de estantes. A notificação dos acidentes aranéidicos à Vigilância de Saúde deve sempre ser realizada, pois tal procedimento possibilitaria um melhor dimensionamento deste tipo de agravo, nas diversas regiões do país. Segundo os dados do Ministério da Saúde, o coeficiente de incidência dos acidentes aranéidicos situa-se em torno de 1,5 casos por 100.000 habitantes^{1,2}.

Tabela 1. Classificação, manifestações clínicas e soroterapia.

	Manifestações clínicas	Tipo de soro	Nº de ampolas
Acidente Loxoscélico Aranha- marrom	Leve: lesão incaracterística sem aranha identificada	Soro Antiloxoscélico	-----
	Moderado: lesão sugestiva com equimose, palidez, eritema e edema en- durecido local, cefaleia, febre, exantema		5
	Grave: lesão característica, hemólise intravascular		10

Fonte: SINAN – MS, 2011.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde—Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Manual de diagnóstico e tratamento de acidentes por animais peçonhentos. 2ª ed. - Brasília: FUNASA. Disponível em: ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/zoo/manu_peco01.pdf. (Acesso em 15 de Fevereiro de 2013).
2. Vetter RS, Swanson DL. Bites of recluse spiders. UpToDate Jan 2013. Disponível em: http://www.uptodate.com/contents/bites-of-recluse-spiders?source=search_result&search=loxoscelism&selectedTitle=1%7E2. (Acesso em 15 de Fevereiro de 2013).
3. Vetter RS, Swanson DL. Approach to the patient with a suspected spider bite: An overview. UpToDate Jan 2013. Disponível em: http://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-patient-with-a-suspected-spider-bite-an-overview?source=search_result&search=loxoscelism&selectedTitle=2%7E2. (Acesso em 15 de Fevereiro de 2013).

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Vigilância epidemiológica em Santa Cruz do Sul/RS A construção de um protocolo para atenção básica *Epidemiological surveillance in Santa Cruz do Sul / RS* *Construction of a primary care protocol*

Kellen Nunes Rodrigues Gassen¹

¹Enfermeira – Especialista em Enfermagem do Trabalho (Unisc), Especialista em Educação Profissional na Área da Saúde: Enfermagem (FIOCRUZ/ENSP), Especialista em Saúde da Família (UNA-SUS/UF CPA). Mestranda em Educação (Unisc), bolsista CNPq. Coordenadora Técnica das Equipes de Saúde da Família de Santa Cruz do Sul/RS.

Recebido em: 11/01/2013

Aceito em: 07/04/2013

enfkn@hotmail.com

DESCRITORES

Vigilância Epidemiológica
Atenção Primária à Saúde

A Lei Orgânica da Saúde conceitua Vigilância Epidemiológica (VE) como: "conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos"¹.

Podemos acrescentar que o desencadeamento do processo de vigilância tem início com a informação do problema de saúde que se destina à tomada de decisões e, por essa razão define-se a vigilância epidemiológica por meio da tríade informação – decisão – ação.

A VE constitui-se assim um importante instrumento de prevenção e controle de doenças e agravos e fornece importantes subsídios para o planejamento, organização e operacionalização dos serviços de saúde, como também para a normatização de atividades técnicas correlatas². Para tanto a comunicação da ocorrência de determinada doença ou agravo à saúde, feita a autoridade sanitária por profissionais e serviços de saúde ou qualquer cidadão, para fim de adoção de medidas de intervenção pertinentes através das notificações é essencial.

Segundo as diretrizes Nacionais da VE, deve ser notificada a simples suspeita da doença, sem aguardar a confirmação do caso, que pode significar perda de oportunidade de adoção das medidas de prevenção e controle indicadas, essa tem que ser sigilosa, só podendo ser divulgada fora do âmbito médico sanitário em caso

de risco para a comunidade, sempre se respeitando o direito de anonimato dos cidadãos.

O Ministério da Saúde através da Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011, definiu as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde³.

Sendo que as doenças e eventos constantes devem ser notificados e registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN, obedecendo às normas e rotinas estabelecidas pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde - SVS/MS.

A coleta de dados realizada pelos profissionais de saúde da atenção básica deve ser realizado a partir da ocorrência de um evento sanitário de caso suspeito ou confirmado de doença ou agravo sob vigilância. A coleta de dados ocorre em todos os níveis (municipal, estadual e federal) de atuação do sistema de saúde. A força e valor da informação (que é o dado analisado) dependem da qualidade e fidedignidade com que a mesma é gerada. Para isso, faz-se necessário que os responsáveis pelo atendimento estejam bem preparados para diagnosticar corretamente o caso, bem como realizar uma boa investigação epidemiológica, com anotações claras e confiáveis.

RELATO

Considerando a importância que os dados epidemiológicos gerados através das notificações das doenças compulsórias no município de Santa Cruz do Sul têm para planejar as ações em saúde e visando o controle e monitoramento desses agravos foi elaborado o Protocolo de Vigilância Epidemiológica na Atenção Básica, que tem por objetivo, informar, padronizar e condensar as condutas e fluxos das notificações das doenças Compulsórias na rede de Atenção Básica. Dessa forma instrumentalizando os profissionais de saúde das unidades de saúde em seu trabalho e possibilitando o acesso através da consulta no Protocolo do procedimento correto a ser tomado frente aos agravos notificáveis.

A metodologia utilizada foi organizada a partir das dificuldades de acesso a informações mais concisas das doenças e agravos notificáveis e/ou da falta de uma sistematização dos fluxos e condutas do correto procedimento frente a uma doença ou agravo de notificação compulsória. O Protocolo foi elaborado por profissional enfermeira da Estratégia de Saúde da Família em parceria com a enfermeira responsável pelo setor de Vigilância epidemiológica do município, iniciando com uma revisão bibliográfica sobre as doenças de notificação compulsória, utilizando-se do manual do Ministério da Saúde que aborda o Sistema de Informação de Agravos de Notificações - SINAN e da Lista de Doenças e Agravos do ano de dois mil e onze preconizados para o Estado do Rio Grande do Sul, esse constante na introdução do material produzido. Após construiu-se com base nas recomendações do MS uma padronização das condutas e fluxos para cada doença e agravo constante na lista, com forma e linguagem a facilitar a consulta pelo profissional da rede nos atendimentos, incluindo nesse material o modelo de cada uma das fichas de notificação a ser preenchido.

Nessa fase foram realizados encontros, reuniões e contatos breves para estudos, debates e informações com outros profissionais de setores por onde ocorrem os fluxos e que estão envolvidos diretamente nesse processo, tais como a Unidade Municipal de Referência em Saúde do Trabalhador (UMREST), Centro Municipal de Atendimento à Sorologia DST/AIDS (CEMAS), Ambulatório de Tuberculose e Hanseníase, setor de Ginecologia entre outros.

Após a conclusão do material passou-se a fase de implementação do Protocolo de Vigilância Epidemiológica nas unidades básicas de saúde do município de Santa Cruz do Sul, contando com o apoio da Universidade de Santa Cruz do Sul, através do departamento de enfermagem, coordenação da Estratégia de Saúde da Família e Coordenação das Unidades Básicas de Saúde do município, o material e os formulários de notificação foram organizados em pastas a fim de facilitar o acesso das informações nas unidades de saúde.

A seguir uma capacitação foi realizada com todos profissionais técnicos de enfermagem e enfermeiros da rede, com o objetivo de sensibilizá-los para a importância da notificação frente a esses agravos, além de apresentar o novo instrumento de trabalho da

atenção básica. Tais profissionais foram escolhidos por serem muitas vezes os primeiros a realizarem o acolhimento dos usuários em suas queixas e demandas e por serem na grande maioria os coordenadores locais dos serviços, sendo necessário, portanto terem um olhar mais aguçado a essas doenças e agravos e o importante papel de compartilhar as informações e o material com os demais profissionais e acadêmicos de seus setores para uma vigilância mais efetiva e menos subnotificada.

Assim cada serviço de unidade básica de saúde tem atualmente o Protocolo de Vigilância Epidemiológica de forma organizada, com a facilidade de consulta nesse material sempre que necessário em seus atendimentos, facilitando o acesso da informação, a agilidade no atendimento e a correta conduta em casos de doenças e agravos notificáveis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em suma, o Protocolo foi construído baseado nas normas técnicas do Ministério da Saúde e nos fluxos organizados atualmente no município através da estrutura de serviços de saúde todos eles revisados pelo setor de Vigilância Epidemiológica do Município, mas sendo indispensável ser atualizado semestralmente ou sempre que necessário, conforme as alterações estipuladas pelo Ministério da Saúde, Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul e a organização dos serviços de saúde do município.

Com isso, que o Protocolo de Vigilância Epidemiológica tem se mostrado um instrumento facilitador do processo de trabalho nessa área, contribuindo para melhorar a qualidade das informações epidemiológicas das unidades de saúde e o planejamento das ações em saúde em Santa Cruz do Sul.

Enfim, é possível afirmar que a produção desse material se efetiva continuamente em seu objetivo quando passa a ser utilizado de fato nos serviços das unidades básicas de saúde do município.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Lei 8080 de 19/09/1990 – que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm (Acesso em 12/09/2011).
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 7. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 816 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
3. BRASIL. PORTARIA Nº 104, DE 25 DE JANEIRO DE 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html (Acesso em 02/08/2012).