



Saúde Coletiva

ISSN: 1806-3365

editorial@saudecoletiva.com.br

Editorial Bolina

Brasil

Tanaka Maeda, Sayuri; Fátima Lins Pinho Gryscek, Anna Luiza de; Oliveira Duarte, Yeda Aparecida de; Thiemi Tomo, Tathiana

Tétano acidental no município de São Paulo: da perspectiva epidemiológica à dimensão individual no processo de atendimento

Saúde Coletiva, vol. 6, núm. 31, 2009, pp. 135-140

Editorial Bolina

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84212136003>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Tétano acidental no município de São Paulo: da perspectiva epidemiológica à dimensão individual no processo de atendimento

O tétano é uma doença contagiosa, de alta letalidade e imunoprevenível, no entanto, continua ocorrendo. Esse estudo buscou analisar as ocorrências de tétano acidental no município de São Paulo, investigando as histórias clínico assistenciais dos acometidos pela doença, identificados por meio das fichas de notificação do Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde. Das 15 notificações, foram localizados cinco ex-doentes e entrevistados. Houve predomínio do sexo masculino, ausência de dose de reforço da vacina dT e diagnóstico tardio em todos os casos. Esse resultado lança uma advertência sobre a necessidade de combinação entre tecnologia e educação em saúde.

Descritores: Tétano, Tétano acidental, Vigilância epidemiológica.

The tetanus is a contagious disease of high lethality. Although its prevention can be made by vaccine, it still occurring. This study describes accidental tetanus events in São Paulo, investigating the clinical-care histories of affected by the disease, identified through the records of notification of the Center for Epidemiological Surveillance. Among the 15 notifications, five ex-patients were identified and interviewed. There was a prevalence of males, with absence of reinforce doses of tetanus vaccine and late medical diagnosis in all the cases. This result raises reflections about the gap between technology and health education.

Descriptors: Tetanus, Accidental tetanus, Epidemiological surveillance.

El tétano es una enfermedad contagiosa de alta letalidad. A pesar de su prevención se pueden hacer por vacuna, los casos siguen ocurriendo. Este estudio describe la incidencia de tétanos accidental en São Paulo, con la investigación de las historias clínicas de atención de los afectados por la enfermedad, identificados por los registros de notificación del Centro de Vigilancia Epidemiológica. De las 15 notificaciones, fueron localizados y entrevistados cinco ex pacientes. Había predominio de hombres, con ausencia del refuerzo de la vacuna contra el tétanos y diagnósticos médicos tardíos. Esos resultados muestran la necesidad de combinación entre tecnología y en educación para la salud.

Descriptores: Tétano, Tétanos accidental, Vigilancia epidemiológica.

Sayuri Tanaka Maeda: Professora Doutora do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP. - sayuri@usp.br

Anna Luiza de Fátima Lins Pinho Gryscek: Professora Doutora do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP.

Yeda Aparecida de Oliveira Duarte: Professora Livre-Docente do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da USP.

Tathiana Thiemi Tomo: Enfermeira da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

INTRODUÇÃO

O tétano (do latim *tetanus*= rigidez) é uma doença infecciosa grave, não contagiosa, de alta letalidade, caracterizada por rigidez e espasmos musculares e suporte clínico intensivo. Por outro lado, é uma doença evitável com medidas profiláticas relativamente simples como vacinação, cuidado adequado das feridas e atendimento eficiente do sistema de saúde^{1,2}.

Sua ocorrência está relacionada à contaminação de lesão de pele e/ou mucosa em indivíduos não imunizados, por materiais que contenham o *Clostridium tetani*, bacilo gram-positivo, anaeróbio que vive no meio ambiente, primariamente no solo contaminado com fezes de animais, materiais putrefatos, plantas em geral, materiais velhos (cortantes ou não), poeiras e demais fontes comuns que normalmente passam despercebidas na vida cotidiana das pessoas. Em sua evolução, apresenta espasmos musculares progressivamente mais frequentes e intensos, com graus variáveis de acometimentos neuromuscular, respiratório, cardiovascular, endócrino e autonômico, renal, hematológico, ósseo e psicológico^{2,3}.

Uma vez favorecida a porta de entrada por solução de continuidade aberta e na ausência de remoção rápida, a tempo

Recebido: 08/01/2009
Aprovado: 23/03/2009



de minimizar a infecção no local do ferimento, o bacilo pode se instalar. Se atingir o sistema nervoso central não é mais neutralizável, e ainda não se conhecem meios que possam deter o curso da doença. O intervalo de tempo entre a invasão do bacilo no organismo e os primeiros sintomas variam de cinco a sete dias. O diagnóstico é formulado pelo conjunto de elementos epidemiológicos e clínicos, pois não conta com apoio laboratorial. A apresentação clínica mais frequente é a hipertonia e as contraturas localizadas dos masseteres (trismo) que, quando sustentadas, produzem o denominado “riso sardônico” (característico da doença). Os espasmos podem progressivamente acometer a musculatura paravertebral (opistótono), abdominal e de membros (tétano generalizado descendente). Pode também se apresentar com contraturas localizadas no membro onde se encontra a lesão foco (tétano localizado) que poderá evoluir para tétano generalizado ascendente². Na fase aguda, essas contraturas musculares manifestam-se de forma permanente,

“A INCIDÊNCIA DO TÉTANO (EXCETO NEONATAL) APRESENTA TENDÊNCIA DECRESCENTE EM TODAS AS REGIÕES BRASILEIRAS. APESAR DO DECRÉSCIMO, A REGIÃO NORDESTE CONTINUA RESPONDENDO PELA MAIOR INCIDÊNCIA, RESPONSÁVEL POR 40% DOS CASOS”

intensa e paroxística, como espasmo ou convulsão tônica, em resposta a diferentes estímulos como os luminosos, tosse, micção, deglutição e qualquer manuseio do paciente. O espasmo tetânico é extremamente doloroso caracterizando-se por opistótono, flexão dos membros superiores e extensão dos inferiores. Esse é, sem dúvida, o quadro sintomático mais temível da doença, uma vez que é responsável pela maioria dos óbitos em pacientes acometidos de tétano³.

As principais complicações estão relacionadas à disautonomia (decorrente de hiperatividade simpática e/ou parasimpática) e as complicações respiratórias. Outras complicações descritas são crises

convulsivas, desidratação e alterações hidroeletrólíticas, lesões osteomusculares devido à hipertonia e insuficiência renal. As formas graves são tratadas em unidades de terapia intensiva em razão da gravidade das complicações originadas pela própria doença. Para tentar garantir a sobrevivência do enfermo torna-se necessária a ininterrupta atuação de equipe multiprofissional

especializada, equipamento sofisticado, medicamentos e monitoramento contínuo de parâmetros hemodinâmicos elevando significativamente o custo do tratamento^{3,4}.

A incidência do tétano (exceto neonatal) apresenta tendência decrescente em todas as regiões brasileiras. Apesar do decréscimo, a região nordeste continua respondendo pela maior incidência, responsável por 40% dos casos. O aumento sistemático da cobertura vacinal com a DPT (Tríplice Bacteriana), dT (dupla adulto), DT (dupla infantil) e tetravalente (DPT + HiB) e as medidas educativas de prevenção no uso de objetos de proteção são fatores que colaboraram diretamente na redução da incidência do tétano. Contudo, considera-se que o número de casos permanece elevado, por se tratar de uma doença prevenível. Há uma diferença importante na prevalência da doença entre os sexos, e isso é atribuído à maior exposição dos homens e à maior imunização das mulheres no acompanhamento pré-natal (tabela 1).

Essa incidência é variável considerando as diferentes regiões e localidades do país, e está associada a fatores climáticos, socioculturais e econômicos, bem como à estrutura e à política do setor público que se refletem na organização dos serviços de saúde (tabela 2).

O índice de mortalidade pela doença no Brasil apresentou tendência decrescente. Em São Paulo, por exemplo a mortalidade por tétano foi 15/100.000 habitantes no período de 1950 a 1954 e de 0,05/ 100.000 em 1999, estabilizando-se em níveis elevados (37,9%). A letalidade está relacionada à gravidade dos casos (em especial nas idades acima de 50 anos), a períodos curtos de incubação e de progressão, à presença de doenças concomitantes e à qualidade assistencial durante a evolução da doença. A principal causa de óbito tem sido a insuficiência respiratória atribuída aos espasmos musculares próprios da doença e às complicações decorrentes do tratamento. A assistência em unidades especializadas vem contribuindo na redução da letalidade por meio da identificação precoce de complicações relacionadas aos espasmos². A tabela 3 mostra a evolução dos casos de óbito em um período de oito anos.

O tétano é, no entanto, uma doença que pode ser prevenida pela aplicação do toxóide tetânico na forma de vacina. No Brasil, em 1973, através do Programa Nacional de Imunizações, o uso de toxóide tetânico associado à vacina de difteria e da coqueluche (vacina DPT) tornou-se obrigatório entre as crianças, com doses de reforço a cada 10 anos para os adultos - nesse caso, associado apenas ao toxóide diftérico (dupla adulto - dT).

A despeito da cobertura vacinal ter sido, por décadas, prioridade na política de saúde brasileira, notoriamente no primeiro ano de vida e em gestantes, ainda se observa uma lacuna nessa cobertura em indivíduos adultos. Gergen e col⁶ encontraram níveis séricos adequados de anticorpos protetores contra o tétano em 87,7% das crianças e em apenas 27,8% dos idosos com mais de 70 anos. Conceição⁷ verificou uma queda significativa no título de anticorpos contra tétano em uma amostra representativa de pessoas de ambos os sexos, acima de 50 anos no município de São Paulo.

Como parte do ensino de enfermagem constava o acompanhamento de pacientes acometidos por moléstias infecciosas, inclusive o tétano. A realidade observada no campo de estágio despertou o interesse em conhecer os

Tabela 1. Casos confirmados de tétano (exceto o neonatal) por sexo e ano. Brasil, 2001 - 2008.

| Ano | Mulheres | Homens | Total |
|------|----------|--------|-------|
| 2001 | 114 | 465 | 579 |
| 2002 | 124 | 483 | 607 |
| 2003 | 84 | 414 | 498 |
| 2004 | 89 | 383 | 472 |
| 2005 | 84 | 367 | 451 |
| 2006 | 86 | 353 | 439 |
| 2007 | 59 | 269 | 328 |
| 2008 | 42 | 187 | 229 |

Fonte: DATASUS⁵

Tabela 2. Casos confirmados de tétano (exceto o neonatal) por região e ano. Brasil, 2001-2008.

| Ano | Regiões | | | | | Total |
|------|---------|----------|---------|-----|----------|-------|
| | Norte | Nordeste | Sudeste | Sul | C. Oeste | |
| 2001 | 74 | 231 | 128 | 111 | 35 | 579 |
| 2002 | 85 | 220 | 150 | 116 | 36 | 607 |
| 2003 | 81 | 198 | 97 | 90 | 32 | 498 |
| 2004 | 52 | 183 | 103 | 97 | 37 | 472 |
| 2005 | 56 | 170 | 113 | 77 | 35 | 451 |
| 2006 | 57 | 178 | 96 | 77 | 31 | 439 |
| 2007 | 46 | 125 | 60 | 72 | 25 | 328 |
| 2008 | 37 | 52 | 56 | 57 | 27 | 229 |

Fonte: DATASUS⁵

Tabela 3. Óbitos entre os casos confirmados de tétano (exceto o neonatal) por faixa etária e ano. Brasil, 2001 - 2008.

| Ano | Idade ignorada | < 1 ano | 1 a 9 anos | 10 a 19 anos | 20 a 59 anos | 60 anos e + | Total |
|------|----------------|---------|------------|--------------|--------------|-------------|-------|
| 2001 | - | - | 3 | 9 | 91 | 68 | 171 |
| 2002 | 2 | 1 | 11 | 11 | 120 | 63 | 208 |
| 2003 | 1 | - | 4 | 5 | 94 | 52 | 156 |
| 2004 | - | - | 7 | 8 | 104 | 67 | 186 |
| 2005 | - | 1 | 6 | 8 | 84 | 71 | 170 |
| 2006 | - | - | 4 | 2 | 87 | 58 | 151 |
| 2007 | - | 2 | 5 | 6 | 57 | 37 | 107 |
| 2008 | - | - | 2 | 3 | 50 | 38 | 93 |

Fonte: DATASUS⁵

condicionantes e determinantes que explicariam a ocorrência da doença num momento em que se dispõe de uma tecnologia de alta eficácia e de fácil acesso para preveni-la.

OBJETIVOS

Descrever e analisar as ocorrências do tétano acidental no município de São Paulo, no período de 1998 e 1999; analisar a trajetória dos doentes de tétano reconstituindo suas histórias clínicas e seu percurso assistencial.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo de natureza descritiva e exploratória sobre a incidência de tétano acidental no município de São Paulo (MSP).

Para a análise do perfil epidemiológico, a população do estudo foi constituída por indivíduos acometidos por tétano, no período de 1998 e 1999. A coleta de dados foi realizada em duas etapas. No primeiro momento, após autorização formal, foram identificadas, decodificadas e analisadas as fichas de investigação epidemiológica referentes a tétano do Centro de Zoonoses e do Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) da Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo (SES/SP) em um total de 19 casos sendo 15 pertencentes ao MSP e, portanto, objetos desse estudo. Em um segundo momento foi realizada busca ativa desses casos, visando a aplicação do formulário de entrevista. Para a reconstituição das histórias clínicas a amostra foi composta pelos indivíduos que, após serem esclarecidos dos objetivos do estudo, dispuseram-se a participar. O convite foi feito por carta sendo que das 15 cartas remetidas, apenas cinco foram respondidas e aquiesceram à realização da entrevista. As outras 10 cartas retornaram ao remetente, por não localização de endereço (constante na ficha de notificação). As entrevistas foram conduzidas pelas pesquisadoras, após anuência dos envolvidos, mediante conhecimento e assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), utilizando-se roteiro de entrevista semiestruturada, individual, composto por dados gerais de identificação e perguntas abertas buscando identificar a forma como a doença foi contraída, as providências tomadas pelo entrevistado e/ou família frente ao ocorrido e o histórico do atendimento, da ocorrência da lesão até o momento da internação. Os dados coletados foram decodificados, agrupados e classificados por temas e os resultados analisados.

RESULTADOS

As ocorrências de tétano no MSP indicaram a predominância do sexo masculino principalmente em maiores de 60 anos (tabela 4). Este dado vem corroborar estudos sobre o tétano

que tem demonstrado a maior prevalência desta doença em indivíduos idosos e sua alta letalidade nesta faixa etária^{2,8}. A morte por tétano é proporcionalmente maior entre os idosos independentemente do sexo⁹. Segundo Moraes², esse deslocamento do tétano para as faixas etárias mais elevadas deve-se, em parte, à queda linear - com o avançar da idade - dos níveis séricos de anticorpos protetores contra o tétano, à imunosenescência que ocasiona prejuízo da atividade dos linfócitos T auxiliares e à negligência na aplicação de doses de reforço da vacina antitetânica ou dupla adulto nessa faixa etária. Em seu trabalho, Lyra¹⁰ faz menção à quase exclusiva ocorrência do tétano em pacientes com mais de 60 anos de

idade nos países desenvolvidos, levantando a possibilidade da redução das ocorrências de casos de tétano nesses países dever-se mais à qualidade da assistência prestada aos ferimentos do que a uma elevada prevalência de títulos protetores de anticorpos. Recentes trabalhos mostraram que, não obstante, uma elevada cobertura vacinal em crianças, a população adulta norte-americana, particularmente aquela com maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde, é susceptível ao tétano.

Evidencia-se relação direta entre a ocorrência do tétano acidental e a falta de cobertura da vacina dupla adulto, visto que esta vacina deve ser regularmente administrada em indivíduos maiores de 15 anos. O esquema atual da vacina dupla adulto recomenda a vacinação de todos os indivíduos a partir dos 15 anos de idade, desde que os esquemas com a tríplice bacteriana em menores de sete anos estejam

completos e o reforço realizado a cada dez anos. A ocorrência de tétano nas mulheres em idade fértil pode ser um indicador da qualidade dos serviços de prevenção de doenças, uma vez que essas tendem a utilizar mais frequentemente os serviços públicos de saúde e teriam assim, maiores oportunidades de vacinação.

Das ocorrências de tétano registradas no MSP no período em estudo, ocorreram dois óbitos, representado um coeficiente de letalidade de 13%, ambos no sexo feminino. Cabe ressaltar que, essas duas ocorrências poderiam não ter ocorrido se as

“RECENTES TRABALHOS MOSTRARAM QUE, NÃO OBSTANTE, UMA ELEVADA COBERTURA VACINAL EM CRIANÇAS, A POPULAÇÃO ADULTA NORTE-AMERICANA, PARTICULARMENTE AQUELA COM MAIOR DIFICULDADE DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE, É SUSCEPTÍVEL AO TÉTANO”

Tabela 4. Casos de tétano ocorridos no MSP nos anos de 1998 e 1999 segundo sexo e faixa etária. São Paulo, 2006.

| Faixa etária | Mulheres | Homens | Total |
|--------------|----------|-----------|-----------|
| 20 a 29 anos | - | 2 | 2 |
| 30 a 39 anos | 1 | 2 | 3 |
| 40 a 49 anos | 1 | 1 | 2 |
| 50 a 59 anos | - | 2 | 2 |
| 60 a 69 anos | 1 | 3 | 4 |
| 70 a 79 anos | 1 | 1 | 2 |
| Total | 4 | 11 | 15 |

Fonte: Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria do Estado de São Paulo

Tabela 5. Casos de tétano ocorridos no MSP nos anos de 1998 e 1999 segundo local de acidente e sexo. São Paulo, 2006.

| Local do acidente | Mulheres | Homens | Total |
|-------------------|----------|-----------|-----------|
| Residência | 1 | 1 | 2 |
| Via pública | - | 2 | 2 |
| Trabalho | - | 3 | 3 |
| Lazer | 1 | - | 1 |
| Outros | 1 | - | 1 |
| Ignorado | 1 | 5 | 6 |
| Total | 4 | 11 | 15 |

Fonte: Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria do Estado de São Paulo

medidas preventivas tivessem sido eficazes.

A tabela 5 mostra a diversidade de situações em que podem ocorrer os ferimentos, não circunscrito, nem ao trabalho, nem ao ambiente. É certo que as pessoas encontravam-se em alguma atividade e que estavam expostas a algum risco, porém, sem cobertura vacinal de reforço.

Observa-se que, entre os homens, as vias públicas e local de trabalho foram os principais locais de ocorrência de acidente reforçando a ideia de maior exposição masculina a riscos. Outro aspecto que se levanta é a natureza e condição de trabalho que propiciam maior risco para contrair a doença. Os profissionais mais predispostos à ocorrência de tétano acidental são principalmente os tratadores de animais, em especial os de cavalos e os jardineiros. Já, Greco¹¹ refere que, nem sempre as atividades ocupacionais que envolvem contato com material sujo são as mais favoráveis ao desenvolvimento do tétano.

Todos os pacientes acometidos foram hospitalizados, sendo o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP o principal centro de atendimento observado (14 dos 15 casos).

Quanto ao tipo de lesão, obteve-se sete lacerações, seis contusões, duas escoriações, dois ferimentos punctórios e quatro classificados como outros. Entre os locais de ocorrência das lesões, verificou-se a predominância das extremidades: mãos e pés (quatro referências para cada), braço (três), perna (três), antebraço (duas), coxa (duas), cabeça (duas) e pescoço (uma).

O trismo foi a principal manifestação clínica observada (10 casos) seguido pela rigidez de nuca (nove), rigidez abdominal em tábua (oito), crises de contratura (seis), riso sardônico (dois) e opistótono (dois). Estudos mostram que a presença de contraturas (espasmos) estão mais associadas a piores prognósticos em especial se ocorrerem nas primeiras 24 horas da admissão hospitalar⁹.

Na segunda parte desse estudo buscou-se, através de entrevistas semiestruturadas, conhecer a trajetória realizada pelos cinco doentes localizados na busca por atendimento. Todos os entrevistados eram do sexo masculino e referiam ensino fundamental incompleto; quatro trabalhavam e apenas um era aposentado. Quando da ocorrência da lesão que ocasionou a doença, dois referiram estar em suas residências, dois em atividades de lazer e um trabalhando, dados esses que diferem dos registrados nas fichas de notificação. Os objetos citados como responsáveis pelo ferimento foram fogos de artifício, madeira, prego, gaiola e facão. Nenhum deles sabia referir seus antecedentes vacinais. Observa-se que os ferimentos ocorrem em circunstâncias corriqueiras e a evolução para a doença está mais associada à ausência de imunização de reforço.

Todos os entrevistados permaneceram hospitalizados por longo período (de 24 a 52 dias, média de 36,8 dias), possivelmente em decorrência da severidade dos sintomas e gravidade da doença. Quanto aos procedimentos iniciais

adotados, quatro dos entrevistados buscaram conter o sangramento utilizando produtos como álcool, água corrente e sabão e tecidos limpos.

Os relatos a seguir ilustram esses resultados:

" (...) primeiro lavei com água e sabão e depois estanquei o sangue com álcool (...)" E1.

" (...) cobri com o primeiro pano que vi (...)" E3.

Verifica-se uma preocupação com a higienização do local da ferida bem como do controle de agravos. Tais medidas foram tomadas no limite dos seus conhecimentos. Tanto os pacientes quanto seus familiares revelaram desconhecer o risco de contrair a doença. No caso do primeiro entrevistado, a família nos revelou que logo após a ocorrência do ferimento *" (...) precisa tomar vacina (...)" (E1)*. Esse alerta, porém, não foi efetivo, pois não resultou em procura do serviço de saúde mais próximo. É possível verificar que as ações educativas, que porventura tenham sido realizadas, não foram eficazes para que o usuário as apreendesse e, por ocasião da ocorrência de um acidente, tomasse as medidas corretas para promover o processo terapêutico.

A descrição do quadro clínico e sua evolução mostram o grande sofrimento vivenciado pela sintomatologia em curso e pela peregrinação à procura de atendimento adequado. Apesar do atendimento em serviços de saúde, o diagnóstico clínico correto demorou a

ser obtido mostrando o despreparo dos profissionais para lidar com tais questões.

" (...) doeu o pé, depois doeu as costas, nem dava para segurar a dor, ficou assim por cinco dias (...); ia tirar uma tomografia mas não conseguia fazer, a dor vinha de uma vez (...) o médico disse que já havia dado calmante para fazer o exame, lembro que tomei lisador (...), gritava de dor e torcia como cobra jogado no chão (...)" (E1 – ferimento no pé após pisar em um prego - demorou cinco dias para procurar o serviço médico).

Este depoente teve dificuldade para ser levado ao hospital: *" (...) minha família ligou para a polícia pedindo veículo, e recebeu a resposta que não podia me levar (...)" No outro dia: " (...) solicitei o resgate da Prefeitura que foi negado (...) conseguimos dar entrada no hospital público com a ajuda dos vizinhos, e fui atendido por um ortopedista (...)" E1.*

Refere ainda ter sido repreendido porque não acatava a orientação de esperar pelo efeito dos medicamentos. Permaneceu internado na sala de observações suportando a dor até a realização da tomografia (sic). No dia seguinte foi examinado mais cuidadosamente por uma médica que perguntou se havia se machucado, examinou seu pé e fez um risco com uma caneta em torno do ferimento e aí *"estremeceu tudo (sic)"*. Cerca de 12 dias após o ferimento foi levado à unidade de terapia intensiva, com *"chance de 20% a 30% de sobrevivência" (sic)*.

"O ESQUEMA ATUAL DA VACINA DUPLA ADULTO RECOMENDA A VACINAÇÃO DE TODOS OS INDIVÍDUOS, A PARTIR DOS 15 ANOS DE IDADE, DESDE QUE OS ESQUEMAS COM A TRÍPLICE BACTERIANA, EM MENORES DE SETE ANOS ESTEJAM COMPLETOS E O REFORÇO REALIZADO A CADA 10 ANOS"

O segundo depoente (E2) informou que, em virtude da pressa, não foram retirados areia, terras e folhas que se encontravam no local do ferimento. Por ter seguro-saúde, dirigiu-se a um hospital credenciado agilizando seu acesso aos serviços. Relata: “ (...) lavaram bastante com soro fisiológico (...); realizaram sutura e aplicaram uma injeção (...). No outro dia fiz o curativo em um serviço que atende o convênio e viram que não havia fratura (...) Na segunda-feira estava inchado (...) Fiquei preocupado e não fui trabalhar (...)” E2. Permaneceu assim de três a quatro dias. Seu rosto edemaciou ainda mais (ferimento na testa), atingindo o olho e exalando um odor desagradável. Retornou ao hospital, realizou curativo e foi-lhe explicado ter contraído uma infecção local, sendo solicitada sua internação onde ficou por três dias. Um dia após a alta começou a sentir: “ (...) metade do rosto dormente, principalmente ao redor dos lábios (...)” E2. Retornou novamente ao serviço sendo orientado ser essa uma reação aos medicamentos e dispensado. Dois dias após, começou a apresentar contrações nos músculos da face, movimento ocular paralisado com lacrimejamento contínuo. Em seu retorno ao serviço, recebeu o diagnóstico de “paralisia facial” (sic). Buscou outro serviço que confirmou a paralisia facial e o orientou a tomar determinados medicamentos por sete dias. Com a progressão do quadro clínico procurou outra instituição, dessa vez um hospital escola tendo então sido diagnosticado corretamente. Foram cinco passagens por diferentes instituições até o diagnóstico definitivo.

O terceiro depoente (E3) relatou que logo após o ferimento procurou o médico e recebeu um medicamento que não soube especificar. Quando já assumia a posição de arco foi levado a um hospital público e internado na UTI “permanecendo em coma por 20 dias” (sic).

Os relatos descrevem uma grande peregrinação pelos serviços de saúde até obtenção do diagnóstico definitivo. Por razões diversas, todos evoluíram para um quadro clínico grave

necessitando de cuidados intensivos em UTIs.

Os relatos descritos apontam para uma baixa resolutividade dos serviços às demandas apresentadas. Verifica-se ainda a desvalorização de uma acurada história clínica em detrimento de exames que demandam alta tecnologia (ex: tomografia) prática essa cada vez mais frequente. Outro aspecto observado foi a não valorização da queixa do paciente e as informações de seus familiares, bem como a não exploração do histórico do ferimento contribuindo para a demora do diagnóstico definitivo e o agravamento do quadro.

Ressalta-se o compromisso de todos os profissionais de saúde no adequado atendimento ao cliente. É responsabilidade da enfermagem, quando de seu primeiro contato com o paciente, a realização de minuciosa entrevista e o exame físico, contribuindo na elucidação diagnóstica e fundamentando seu planejamento assistencial de forma a minimizar o sofrimento do paciente e a ansiedade de seus familiares. Nos depoimentos obtidos, em nenhum momento foi ressaltada qualquer intervenção de enfermagem que tenha contribuído na melhoria ou agilização do atendimento dos pacientes entrevistados.

CONCLUSÃO

Esse estudo lança um olhar crítico sobre as necessidades dos usuários e a competência dos profissionais como um dos determinantes na aplicação de tecnologias assistenciais. Evidencia ainda que, se por um lado, doenças como o tétano estão cada vez menos frequentes em decorrência da melhoria das ações preventivas, por outro,

denuncia falhas no sistema de atenção que, de certa forma, ainda permite sua ocorrência e, quando essa se apresenta não se mostra eficiente e ágil em sua identificação e tratamento.

Finalmente, constataram-se dificuldades no processo de geração de informações pelo sistema de saúde que se mostrou incapaz de fornecer dados consistentes e completos, reduzindo a possibilidade de fornecer subsídios adequados para o contínuo monitoramento dos perfis epidemiológicos. ■

“POR UM LADO, DOENÇAS COMO O TÉTANO ESTÃO CADA VEZ MENOS FREQUENTES EM DECORRÊNCIA DA MELHORIA DAS AÇÕES PREVENTIVAS, POR OUTRO, DENUNCIA FALHAS NO SISTEMA DE ATENÇÃO QUE, DE CERTA FORMA, AINDA PERMITE SUA OCORRÊNCIA”

Referências

1. Moraes EM, Pedroso ERP. Tétano no Brasil: doença do idoso? Rev Soc Bras Med Trop. 2000;33(3):271-5.
2. Cavalcante NJF. Tétano. In: Lopes AC, (editor). Tratado de clínica médica. São Paulo: Roca; 2006. p. 3935-40.
3. Veronesi R. Tratado de infectologia. São Paulo: Atheneu; 1997. p. 887-913.
4. Peetermans WE, Schepens D. Tétano: um tema de interesse atual - comunicação de vinte e sete casos de um Hospital Belga de Derivação. J Bras Med. 1996;74(70):46-8.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. DATA-SUS [Internet]. [citado em 2009 Mar 09]. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>.
6. Gergen PJ, McQuillan GM, Kiely M, Ezzati-Rice TM, Sutter RW, Virella G. A Population-based serologic survey of immunity to tetanus in the United States. N Engl J Med. 1995;332:761-6.
7. Conceição OJG. Estimativa de prevalência de imunidade contra o tétano na população do Município de São Paulo determinada através de anticorpos séricos com coleta domiciliar em amostragem estratificada [dissertação]. São Paulo: Coordenação dos Institutos de Pesquisa/Secretaria do Estado da Saúde; 2003.
8. Pagliuca LMF, Feitoza AR, Feijão AR. Tétano na população geriátrica: problemática da saúde coletiva? Rev Latinoam Enferm. 2001;9(6):69-75.
9. Miranda-Filho DB, Ximenes RAA, Bernardino SN, Escarião AG. Identification of risk factors for death from tetanus in Pernambuco, Brazil: a case-control study. Rev Inst Med Trop São Paulo. 2000;42(6):333-9.
10. Lyra TM, Mendes ACG, Silva Jr JB, Duarte TO, Melo Filho DA, Albuquerque PC. Sistema de informações hospitalares: fonte complementar na vigilância e monitoramento de doenças imuno-preveníveis. Inf Epidemiol SUS. 2000;9(2):87-110.
11. Greco JB, Tavares Neto J, Greco Júnior JB. Accidental tetanus: prognosis evaluation in a historical series at a hospital in Salvador, Bahia, Brazil. Rev Inst Med Trop São Paulo. 2003;45(1):35-40.