

LENIR DOS SANTOS AGUIAR ULLMANN

UM SISTEMA PARA VIGILÂNCIA DAS AMIDALITES AGUDAS (SISVAMA) EM
CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.

Dissertação apresentada à Universidade Estácio de Sá como requisito parcial para a obtenção
do grau de Mestre em Saúde da Família

Aprovada em
BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Haroldo José de Matos (presidente)
Universidade Estácio de Sá

Prof. Dr. Carlos Gonçalves Serra
Universidade Estácio de Sá

Prof. Dr. Roberto Campos Meirelles
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Dedico este trabalho às minhas filhas Vivian e Crician, ao meu esposo, pelo amor e incentivo que me dedicam incondicionalmente e a todos os portadores de Febre Reumática, pelo aprendizado diário.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus que inspirou este trabalho e me deu resignação nos momentos difíceis, luz quando vaguei pela nebulosa da dúvida, coragem quando pensei em desistir, força quando minhas pernas faltaram e paz de espírito para seguir à diante.

À minha família por estar sempre ao meu lado ao longo dessa jornada.

Ao grande Mestre e orientador Professor Haroldo José Matos, pela paciência, dedicação e sabedoria sem os quais jamais seria possível concluir essa dissertação.

Aos colegas do mestrado, pela convivência harmônica e agradável que criou um ambiente de troca único, ajudando-me a superar as dificuldades e o cansaço das agruras do caminho.

Agradeço ao Prefeito de Guapimirim, ao Secretario de Governo Nelson Costa Melo e ao Secretário de Saúde Eliel Ramos Silva pela confiança depositada para a colaboração deste projeto.

Por fim, não poderia deixar de agradecer à secretária Aline que se destacou pelo louvável profissionalismo e qualidade de trabalho desempenhado ao longo desse período de convivência.

Todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotadas de razão e consciência e devem agir em relação umas às outras com espírito de fraternidade. (Artigo I da da Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948)

RESUMO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA : amidalite aguda

AAS: ácido acetil salicílico

AINE: Antiinflamatório não esteróides

AHA: American Heart Associaton

Anti – DNaseB: anticorpo anti – desoxirribonucleotidade B

ASLO: anti – estreptolisina O

ATB: antibiótico

CID: classificação internacional de doenças

CONSOPERJ: Consenso da Sociedade de Pediatria do Estado Rio de Janeiro

DNA ses: desoxirribonucleares

DST:doença sexualmente transmissível

DR: doença reumática

EBHGA: estreptococo beta hemolítico do grupo A

ECG: eletrocardiograma

FA: fibrilação atrial

FIN: ficha individual de notificação

FR: febre reumática

HC: hemograma completo

HMG: hospital municipal de Guapimirim

IBGE: Instituto Brasileiro de geografia e estatística

IC: intervalo de confiança

ICC: Insuficiência cardíaca congestiva

INCL: Instituto Nacional de Cardiologia de Laranjeiras

OMS: Organização Mundial de Saúde

OPAS: Organização Panamericana de Saúde

PCR: proteína C reativa

PFA: prova fase aguda

PGB: penicilina G benzatina

PREFERE: Programa de prevenção da febre reumática

PSF: Programa de Saúde da Família

SBC: Sociedade Brasileira de Cardiologia

SBP: Sociedade Brasileira de Pediatria

SIH: Sistema de Informação Hospitalar

SISVAMA: Sistema de Vigilância de Amidalite Aguda

SOCESP: Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo

SOCERJ: Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro

SUS: Sistema Único de Saúde

USF: Unidade de Saúde da Família

VHS: velocidade de hemossedimentação

LISTAS DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Amidalite Aguda.....	26
Figura 2 - Mecanismo etiopatogênico da febre reumática.....	33
Figura 3 – Cultura de Swab.....	50
Figura 4 – Coleta de Swab.....	51
Figura 5 - A ficha de coleta de dados do Sistema de Vigilância de Amidalites Agudas (SISVAMA).....	65

LISTAS DE QUADROS

Quadro 1 - Internações e óbitos relacionados à FR na Região Metropolitana I do Rio de Janeiro entre 2000 e 2004.....	38
Quadro 2 – Critério de Jones do ano de 1994.....	46
Quadro 3 - Critérios de Jones modificado – 1956.....	47
Quadro 4 - Critérios de Jones – 1965.....	47
Quadro 5 - Quadro 6 - Critérios de Jones – modificado 1992.....	48

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Custo e procedimento da Febre Reumática	41
Tabela 2 – Identificação de dados demográficos das crianças.....	71
Tabela 3 – Dados complementares das crianças notificadas.....	73
Tabela 4 – Sinais e sintomas das crianças notificadas.....	77
Tabela 5 – Distribuição das crianças notificadas que realizaram exames complementares.....	80

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição escolaridade das crianças por anos de estudo.....	72
Gráfico 2 - Distribuição dos pacientes avaliados no desenvolvimento escolar (repetentes)..	73
Gráfico 3 - Distribuição das ocorrências de amidalites agudas anteriores.....	75
Gráfico 4 - Distribuição das ocorrências das amidalites recorrentes\ano.....	76
Gráfico 5 - Distribuição dos sinais e sintomas das crianças notificadas com amidalites agudas.....	78
Gráfico 6 - Distribuição de outros sinais e sintomas das crianças notificadas com amidalite agudas.....	78
Gráfico 7 - Distribuição de encaminhamentos das crianças notificadas.....	81

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	17
2	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	25
2.1	AMIDALITE.....	25
2.2	FEBRE REUMÁTICA.....	28
2.2.1	Etiopatogenia.....	31
2.2.2	Mecanismo de desencadeamento etiopatogênico da Febre Reumática.....	32
2.2.3	Epidemiologia.....	34
2.2.4	Internações e óbitos na região metropolitana.....	38
2.2.5	Impacto sócio econômico.....	38
2.2.6	Custo e benefício.....	40
2.2.6.1	Custo de procedimentos da Febre Reumática – RJ – 2002.....	41
2.2.7	Quadro clínico da Febre Reumática.....	42
2.2.7.1	Poliartrite.....	42
2.2.7.2	Cardite.....	42
2.2.7.3	Eritema Marginado.....	43

2.2.7.4	Nódulos Subcutâneos.....	43
2.2.7.5	Coréia de Sydenham.....	43
2.2.8	Diagnóstico da Febre Reumática.....	44
2.2.8.1	Critério de Jones.....	45.
2.2.8.2	Diagnóstico Laboral.....	48.
2.2.8.3	Exames Laboratorias.....	48
2.2.8.4	Cultura da Orofaringite.....	49
2.2.8.5	Outros Exames.....	51
2.2.9	Tratamento.....	52
2.2.9.1	Escolha do antibiótico.....	52
2.2.9.2	Tratamento das síndromes.....	54
2.2.9.2.1	<i>Articular</i>	54
2.2.9.2.2	<i>Cardíaca</i>	54
2.2.9.2.3	<i>Neurológica</i>	54
3	OBJETIVOS.....	56
3.1	GERAL.....	56
3.2	ESPECÍFICO.....	56
4	METODOLOGIA.....	58
4.1	DESENHO DO ESTUDO.....	58
4.2	CONTEXTO.....	58
4.3	CENÁRIO DO ESTUDO.....	59
4.4	POPULAÇÃO ALVO.....	59
4.4.1	População residente por faixa etária e sexo – 2009.....	60

4.5	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	60
4.6	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	61
4.7	CONCEITO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA.....	61
5	SISTEMA DE VIGILÂNCIA DA AMIDALITE AGUDA.....	63
5.1	DEFINIÇÃO DE CASO.....	63
5.2	A CONSTRUÇÃO DO SISVAMA.....	66
6	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	67
7	ASPECTOS ÉTICOS.....	68
8	JUSTIFICATIVA.....	69
9	RESULTADOS.....	70
10	DISCUSSÃO.....	82
11	CONCLUSÃO.....	86
12	REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....	88
ANEXO 1	92
ANEXO 2	93
ANEXO 3	94

1. INTRODUÇÃO

No ano de 1992, pesquisa constatou que entre os anos de 1985 e 1989, a taxa de mortalidade por febre reumática (FR) aguda no Brasil foi de 1,15 para cada 100.000 e, por cardiopatia reumática crônica (CRC) de 1,42 para cada 100.000 pessoas.

Contudo, ainda conforme pesquisa, no ano de 1998, dados do Sistema Único de Saúde revelaram que a febre reumática aguda no Brasil foi a responsável por 9.909 das internações e por 294 dos óbitos e, ainda, a cardiopatia reumática crônica originou 10.691 internações e 881 óbitos. (MOREIRA, 2001)

Não obstante, em recente estudo realizado pelo DATASUS no ano de 2003, estimou-se a incidência da febre reumática em torno de 30.000 novos casos ao ano. Esta seria, por consequência, uma das principais causas da cardiopatia adquirida tanto em crianças, quanto em adolescentes jovens.

Ainda de acordo com fontes do DATASUS, no ano de 2003 foram realizadas 14.000 internações por febre reumática aguda, sendo registrados 755 óbitos, gerando uma taxa de mortalidade de 55%, absorvendo gastos em tratamentos clínicos num total de R\$ 65 milhões.

Tais dados relatam a necessidade de que a FR seja encarada como um problema de saúde pública, podendo trazer consequências graves não só para os cofres públicos, mas também para a vida do paciente, uma vez que o controle pode ser feito através de medidas simples de prevenção. (CONSOPERJ - 2006)

Desta forma, embora seja uma doença de ocorrência universal, a distribuição da febre reumática no mundo remete o padrão de desigualdade social, com a manutenção de índices elevados em países em desenvolvimento aonde o percentual de crianças em idade escolar

chega a atingir 1%. Enquanto isso, em países desenvolvidos, há progressivas reduções, gerando uma incidência mínima ou por vezes, surtos isolados.

Ratificando tais dados, recente artigo publicado no *Journal of Antimicrobial Chemotherapy* (2000), identificou que em países em desenvolvimento, a FR é endêmica e há maior incidência de doenças cardiovasculares (25-45% dos casos previstos para FR).

Nesses países, de acordo com artigo do jornal, essa é a maior causa de mortalidade entre indivíduos com menos de 50 anos de idade com uma incidência anual de 100 / 200 vezes maior. Nas crianças atingidas, de 100% a 200 % estão em idade escolar (com idades entre 5 e 18 anos).

Entretanto, o artigo afirma que os programas de Medicina Social têm diminuído consideravelmente o número de casos em diversos países. Quanto aos países desenvolvidos, o estudo revela que a FR se transformou em uma doença rara, com índices mínimos desde 1980 (com dados de 0,5 / 100.000 crianças em idade escolar). São exemplos desses países os EUA, Japão, Dinamarca e Austrália onde os índices variam de 0,23 a 1,88 de casos a cada 100.000 indivíduos. Especificamente nos EUA, houve uma queda de 99% dos casos de FR.

O artigo conclui afirmando que há uma surpreendente evolução da FR em todo o mundo e que a frequência da doença vem crescendo progressivamente em diversos países, mas que o efetivo tratamento com o antígeno GABHS, reduz os riscos da FR em torno de 90%.

O termo “reumatismo” tem origem na Grécia antiga e advém da crença de que a saúde deriva do equilíbrio entre quatro humores biológicos: o sangue, o muco, a bile escura e amarela. Verificou-se que a doença seria originada do desequilíbrio desses fluidos. (MOREIRA, 2001)

A FR, no entanto, é uma doença inflamatória que ocorre após um episódio de amigdalite bacteriana tratada inadequadamente e que pode atingir as articulações, o coração e o cérebro; deixando sequelas cardíacas graves, com consequências por toda a vida, podendo levar o paciente a morte.

A faixa etária predominante da doença é entre pacientes de 5 a 15 anos de idade, sendo mais rara a procedência em indivíduos menores de 3 e maiores de 20 anos.

O tratamento da doença é longo, doloroso e necessita de avaliação e acompanhamento médico (avaliação trimestral) que quando interrompido, pode acarretar na recorrência de amigdalites bacterianas, gerando consequências graves como a cardite.

Dados do DATASUS (2003) revelam que 30% das amigdalites são de origem estreptocócica e 10 milhões de pessoas são infectados todos os anos no Brasil. Por essa razão, dos pacientes entre 5 e 15 anos, 0,3 a 3% das amigdalites estreptocócicas evoluem para FR, além de que 30.000 casos novos de febre reumática aguda são registrados no Brasil todos os anos, sendo que destes casos, 50% causam lesões cardíacas. Por conseguinte, foram gastos um total de 96 milhões de reais no ano de 2003 com cirurgias cardíacas decorrentes da FR.

A partir de tais informações, este estudo, realizado por meio de pesquisa bibliográfica, tem como objetivo a análise da dificuldade de se dar continuidade ao tratamento nas unidades básicas de saúde, mesmo porque a FR é uma doença de fácil tratamento e de baixo custo.

Assim, pretende-se também com este trabalho expor a experiência adquirida no Programa de Saúde da Família (PSF) como médica ao longo de quatro anos, acompanhando inúmeras crianças com diagnóstico da FR e, ainda, analisar a falta de continuidade dada ao tratamento, já que não há a devida preparação dos profissionais de saúde no que tange à prevenção da doença.

Tal experiência foi adquirida a partir do ano de 2001, através de um convite para participar da implantação do PSF no município de Magé e, posteriormente participando de

uma equipe de Saúde da Família, permanecendo nesta até o primeiro semestre do ano de 2005.

Durante o período de trabalho nesta USF, permaneci em uma comunidade que vivia em condições socioeconômicas precárias, sem assistência médica e, portanto, passei por esta oportunidade como médica, junto à equipe (enfermeiros e agentes comunitários de saúde), de diagnosticar e acompanhar crianças com FR.

Ao longo desses quatro anos, infelizmente, o trabalho não foi documentado tanto por inexperiência da equipe como por falta de orientação dos gestores. A ideia era realizar o “dia da penicilina” para os pacientes portadores da FR, planejando entre outras coisas, ações, afim de que houvesse incentivo ao tratamento que era considerado “doloroso” pelos pacientes e, assim, diminuir o índice de faltas, fazer acompanhamento e acolher de modo que o tratamento fosse realizado corretamente.

Contudo, em decorrência de questões políticas locais, o trabalho além de ter sido interrompido, foi ignorado pela nova equipe que assumiu a comunidade, ficando por essa razão, os pacientes sem o devido tratamento e sem referências.

Do ano de 2005 em diante, deparei-me com problemas de saúde de média e alta complexidade na comunidade graças à falta da continuidade do tratamento da FR que fora interrompido e suspenso.

Por esse motivo, como profissional de saúde resolvi estudar sobre o assunto e, ao longo do tempo, fui buscar informações para obter a melhora da qualidade de vida dos pacientes desta comunidade e de outras.

Hoje, no município de Guapimirim, (comunidade em que trabalho há quatro anos) não existem nas unidades de saúde de atenção básica (UBS) a profilaxia primária que deve ser feita com a penicilina G benzatina (PGB). Tal fato ocorre, ou por falta de esclarecimento por parte dos profissionais, ou dos gestores locais.

Assim, uma das grandes dificuldades em relação ao tratamento se deve ao medo da reação alérgica à penicilina, que infelizmente se tornou um mito em nosso país e tal questão tem dificultado, e muito, a realização da profilaxia nos pacientes nas UBS.

É por essa e outras razões que o Ministério da Saúde normatiza a utilização da penicilina G benzatina no Brasil, através da portaria número 156 de 19 de janeiro de 2006, que dispõe sobre o uso da penicilina em toda rede básica de saúde bem como em todas as unidades de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).

Entretanto, constata-se que não houve melhora quanto às medidas de prevenção, visto que no Brasil, dados do Ministério da Saúde (1988), revelam uma “incidência para a população alvo entre 5 e 14 anos de 30% do total de 28.000 cirurgias por doenças cardiovasculares realizadas na rede pública hospitalar, sendo estas relacionadas com a valvulopatia por FR, onde 7% delas ocorrem em doentes com menos de 16 anos de idade. (MOREIRA, 2001)

Atualmente são realizadas por ano um total de 11.000 cirurgias valvares no Brasil, o que representa 40% das cirurgias cardíacas e um total gasto de 65 milhões de reais pelo Ministério da Saúde (MS) com pacientes da FR e, portanto, um acréscimo de 10% no número de cirurgias hospitalares. (Ministério da Saúde)

Enfim, busca-se no tratamento a erradicação do *streptococo* na profilaxia primária, evitando novos surtos e, por conseguinte, prevenindo a FR.

Experiência realizada na Prefeitura da cidade de Chapecó em trabalho de humanização esclareceu que é possível construir uma nova equipe de saúde, isto é, conseguir que os profissionais trabalhem de forma mais integrada e solidária, potencializando sua capacidade de intervenção junto aos usuários, para que estes sejam capazes de se auto-avaliar, planejar suas atividades de forma mais coletiva e estabelecer com protocolos de atendimento para

determinados grupos de pacientes que necessitam de um seguimento mais regular e de maior vínculo com a equipe.

Na mesma diretriz, Starfield (2000) aponta inúmeras vantagens obtidas nos países que fortaleceram a atenção básica nos seu sistema de saúde. Após realizar um estudo comparando as estruturas de saúde de diferentes países e o impacto observado nos níveis de saúde de suas respectivas populações, observou-se que a finalidade precípua desse nível de atenção em saúde é atender aos problemas prevalentes em uma dada comunidade, através de serviços que ofereçam ações de caráter preventivo, de cura e de reabilitação voltados para maximizar a saúde e o bem-estar de uma população adstrita territorialmente. A implantação do PSF nas grandes cidades, segundo ele, lida com um desafio ainda mais complexo, pois se deve privilegiar a mudança do modelo ao invés da simples ampliação da cobertura de Atenção Básica visando, sobretudo, reverter à lógica da priorização das especialidades.

Diz Teixeira (apud MS, 2004, p.20) que durante a 11ª Conferência Nacional de Saúde foram discutidos os limites dos modelos de atenção à saúde vigentes no Brasil e certas experiências em busca da concretização dos princípios e diretrizes do SUS com destaque para as seguintes propostas alternativas, sendo elas: ações programáticas de saúde, acolhimento, vigilância da saúde, cidades saudáveis e promoção da saúde.

No caso da vigilância da saúde, Teixeira afirma que sua proposta original, apóia-se na ações intersetorias e procura reorganizar as práticas de saúde no âmbito local com as seguintes características: a) intervenção sobre problemas de saúde (danos, riscos, e/ou determinantes); b) ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos; c) utilização do conceito epidemiológico de risco; d) articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas; e) atuação intersetorial; f) ações sobre os territórios; g) intervenção sob forma de operações.

Não obstante, a fim de facilitar o devido acesso, o Ministério da Saúde prioriza a melhoria dos serviços de Saúde que deverão ser baseados nos princípios de Universalidade, Integralidade e Acessibilidade. Neste sentido, a incorporação de práticas integrativas e terapêuticas aos usuários do SUS favorece a construção de um sistema de saúde forte, dinâmico e democrático. (Brasil, 1998)

Como objetivos gerais, a Política Nacional visa à contribuição para que haja o efetivo aumento da resolução do Sistema e à ampliação do acesso a práticas integrativas e complementares, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso.

Deve-se garantir atenção primária, em especial, nas unidades de Saúde da Família, para que estas estejam preparadas para o diagnóstico precoce e para a profilaxia devida.

Para tanto, é preciso que haja a capacitação dos profissionais de saúde e gestores, de modo a facilitar o acesso à assistência de saúde e à medicação para o devido controle e, conseqüentemente, o tratamento e acompanhamento da doença.

Tais medidas devem ser tomadas o quanto antes, pois no Brasil, os índices da doença vêm aumentando dia após dia e, analisando o custo benefício da cirurgia por valvulopatia da FR, podemos considerar que o alto custo é de grande prejuízo para o SUS e, por conseguinte, para toda a população.

É por essa razão que questiono o porquê de não existir uma mobilização nacional no que tange à profilaxia da FR nas UBS, sendo esta considerada uma doença crônica, não transmissível, com baixo custo quanto à prevenção e que, quando não tratada, pode levar crianças, adolescentes jovens e adultos à morte

Assim, através do presente trabalho espero esclarecer a necessidade de que a devida profilaxia seja feita, a fim de evitar o constante aumento da doença e, principalmente, alertar para o fato de que medidas de prevenção, informação e o devido tratamento específico possibilitam a melhora na qualidade de vida e crianças e adolescentes jovens.

Não poderia deixar de citar a Lei nº 8.080 de 1990 que foi responsável por consideráveis mudanças em nosso sistema de saúde. Sua redação dispõe:

Art. 2º: A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º o dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 DO DIREITO À SAÚDE

Para entender a importância do direito à saúde, primeiro precisamos entender o conceito dos direitos fundamentais, direitos estes protegidos pela Constituição Federal Brasileira de 1988.

Os direitos fundamentais são um conjunto de prerrogativas e instituições que concretizam as exigências da liberdade, igualdade e dignidade entre os seres humanos. São núcleos invioláveis de uma sociedade política, sem os quais esta tende a perecer. (ANDRADE, 2003)

Para klaus Stern (2005):

as ideias de Constituição e Direitos Fundamentais são, no âmbito do pensamento da segunda metade do século XVIII, manifestações da mesma atmosfera espiritual. Ambas se compreendem como limites normativos ao poder estatal.

Somente a síntese de ambas outorgou a na visão de Sarlet (2004)

os Direitos Fundamentais integram, portanto, ao lado da definição da Forma de Estado, do Sistema de Governo e da Organização do Poder, a essência do Estado Constitucional, constituindo, neste sentido, não apenas parte da Constituição formal, mas também elemento nuclear da Constituição material... O Estado Constitucional determinado pelos Direitos Fundamentais assumiu feições de Estado ideal, cuja concretização passou a ser tarefa permanente.

E continua o doutrinador:

os Direitos Fundamentais constituem, para além de sua função indicativa do poder (que, ademais não é comum a todos os direitos), critérios de legitimação do poder estatal e, em decorrência da própria ordem constitucional, na medida em que o poder se justifica por e pela realização dos direitos do homem e que a ideia de justiça é hoje indissociável de tais direitos" (Cabral Pinto, apud, SARLET, 2005).

Outrossim, temos por definição que:

(...) os direitos sociais, como dimensão dos direitos fundamentais do homem, são prestações positivas proporcionadas pelo Estado direta ou indiretamente, enunciadas em normas constitucionais, que possibilita melhores condições de vida aos mais fracos, direitos que tendem a realizar a igualização de situações sociais desiguais. (SILVA, 2006)

Tomemos alguns exemplos de direitos sociais expressos na CF de 1988. Há uma divisão nos direitos sociais: direitos à seguridade social (saúde, previdência social e assistência social) e os outros direitos (cultura, educação e desporto; ciência e tecnologia; comunicação social; meio ambiente; família, criança, adolescente e idosa; e índios).

Como continuidade ao processo iniciado com as Ações Integradas de Saúde (AIS), o qual foi seguido pelo movimento denominado Reforma Sanitária – amplamente debatida por ocasião da VIII Conferência Nacional de Saúde, cujas repercussões culminaram na redação do art. 196 da Constituição de 1988, a efetiva consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 1997)

O direito à saúde está expresso na Constituição Federal nos artigos 196 a 200 e nestes não consta que o direito à saúde seja direito subjetivo público, nem que haja responsabilidade da autoridade quando da falta ou insuficiência do serviço.

Para a grande massa da população que não pode pagar por um plano de saúde resta o Sistema Único de Saúde, o SUS, disciplinado pela lei 8080/90.

Ainda, a Constituição Federal de 1988 consagrou a cidadania e à dignidade da pessoa humana como Direitos Fundamentais. Esses ideais foram inscritos no texto constitucional, elevando a condição de relevância pública as ações e serviços de saúde, na medida em que ordena ser a saúde um Direito Fundamental do homem.

O artigo 196 da Constituição é claro ao dispor que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

A Constituição ao organizar e estruturar o direito à saúde fixou como seus princípios fundamentais à universalidade, a igualdade, a descentralização, o atendimento integral, além de outros, dentre os quais se destacam a participação da comunidade na gestão, fiscalização e acompanhamento das ações e serviços de saúde; considerando que todos os brasileiros, desde o seu nascimento, têm direito aos serviços de saúde gratuitos bem como ao atendimento de qualidade e a eficiência para toda a população que dele necessita.

Desta forma, o SUS não se resume a consultas, exames e internações. O SUS é um processo de construção permanente e contínuo, é uma reconstrução sequencial necessária ao remodelamento no seu atendimento de acordo com a área, fortalecendo a necessidade da população e a satisfação dos usuários.

2.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): PRINCÍPIOS DO SUS

O Sistema Único de Saúde, SUS, é uma resposta concreta de um longo trabalho fortalecendo o processo de construção política e institucional nomeado Reforma Sanitária. Este processo é voltado para a transformação das condições de saúde e de atenção à saúde de toda a população.

O SUS é uma construção política, democrática que visa à ampliação da esfera pública, compartilhando com a redução das desigualdades e com a inclusão social.

A implantação do SUS veio para superar todas as dificuldades e as ansiedades garantindo a Universalização, facilitando o acesso a toda população de forma igualitária, gratuita e obrigatória.

O processo do SUS foi previsto e idealizado pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 em seu art. 196 a 200 e 45, regulamentado pelas leis federais nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 e lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990.

Na reforma do Estado, o SUS desenvolveu um projeto de reforma democrática que se caracterizou pela introdução de um modelo de pacto federativo. Como consequência ocorreu a municipalização no setor da saúde. A partir daí foi permitido à participação social através dos Conselhos de Saúde, com caráter deliberativo, nos municípios e estado representantes dos usuários. Este modelo de pacto federativo utilizado pelo SUS melhorou efetivamente a participação municipal.

Os princípios fundamentais do SUS, em seu contexto, visam à preservação dos direitos das pessoas na sua integridade física e moral; das pessoas assistidas, do direito à informação, assistência integral as pessoas assistidas, garantindo e melhorando a qualidade de vida da

população, através da qualidade da assistência à saúde, da garantia do acesso aos serviços e às informações.

A responsabilização da União, Estados, Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população e a organização dos serviços públicos de saúde vieram fortalecer o processo de descentralização do novo modelo assistencial.

Todo cidadão tem direito, garantido por Lei, a receber assistência médica de qualidade. A seguir, vamos lembrar alguns princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) definida pela Constituição Federal:

Os Princípios do novo sistema reafirmavam a descentralização e o fortalecimento do papel dos municípios, com controle popular e participação na formulação de políticas, planejamento, gestão, execução e avaliação das ações de saúde, integralização das ações, universalização do acesso e da cobertura, iniciados pelas áreas carentes ou totalmente desassistidas, além de equidade e garantia da qualidade na humanização do atendimento. Reiterava-se a supremacia do serviço público sobre o privado” (Cordeiro, 2005)

Tais princípios são descritos da seguinte forma: A universalização é o acesso garantido a todos os serviços de saúde para toda a população, em todos os níveis de assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. A equidade, por sua vez é a igualdade na assistência à saúde, com ações e serviços, com prioridade nas situações de risco, a valorização da vida e a saúde da população individual e coletiva e atuando nos níveis de assistência, sem preconceitos e sem privilégios. A integralidade é o conjunto das ações de serviço de prevenção ou cura sempre visando o indivíduo, a família e a comunidade. No êxito da resolutividade o objetivo principal é a capacidade de resolução das ações em saúde e dos serviços, analisando sempre a eficiência dos serviços oferecidos a população, através da assistência integral com resolutividade, atendimento contínuo e de qualidade, acompanhamento domiciliar e ambulatorial buscando identificar seus problemas e intervir nas causas e nos fatores de risco com foco na população que está exposta. A intersetorialidade representa ações integradas entre os serviços de saúde oferecidos e outros órgãos, com o

propósito de somar esforços e de melhorar a qualidade de vida individual, familiar e coletiva. O princípio da humanização está relacionado diretamente à responsabilidade dos profissionais e serviços de saúde, seguindo um atendimento humanitário, com equidade, solidariedade e ética profissional, e ainda com direcionamento a proteção e promoção da saúde da população, visando facilitar o acolhimento na qualidade e no custo-efetividade. A contribuição da participação popular deve ser democrática, reconhecendo o processo saúde e doença, atuando e cooperando com os serviços de saúde e estimulando o fortalecimento do controle social.

Sendo assim, verifica-se que o SUS tem o propósito de promover a saúde, dando prioridade às ações de promoção e prevenção, democratizando as informações, facilitando e esclarecendo a população seus direitos e os seus riscos à saúde da população.

Por outro lado, o setor privado tem sua importância na participação da construção do SUS, por contratos e convênios através de serviços prestados, considerando que as unidades públicas e de assistência, mesmo acrescentado seus grandes esforços, ainda é considerada insuficiente para garantir o atendimento a toda população brasileira.

2.3 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

O PSF, criado em 1994, constituiu uma das iniciativas mais importantes de reorganização do sistema de saúde do país. Baseado em experiências semelhantes desenvolvidas em outros países e em alguns estados do Brasil, o programa se propõe a organizar a oferta de ações e serviços primários, ou de atenção básica, para populações entre

2500 e 4500 pessoas em territórios delimitados, dentro da perspectiva da atenção integral e de acordo com as necessidades da população. (RODRIGUES, 2009)

Atualmente chamado de Estratégia de Saúde da Família (ESF), o programa é desenvolvido por equipes compostas por: um médico (a); um enfermeiro (a); uma (a) auxiliar de enfermagem; e agentes comunitários de saúde, recrutados na comunidade atendida. (RODRIGUES, 2009)

A Unidade de Saúde da Família nada mais é que uma unidade pública de saúde destinada a realizar atenção contínua nas especialidades básicas, com uma equipe multiprofissional habilitada para desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação, características do nível primário de atenção. (Brasil, 1997)

A Estratégia de Saúde da Família vem como resposta, ainda, a uma mesma conjuntura ou a um mesmo problema de base. Inicialmente foi criado o programa Saúde da Família, que é posteriormente alçado à condição de estratégia, para reorientação da assistência que passaria a ser guiada pelos princípios de uma política de atenção primária ou de atenção básica.

O Programa Saúde da Família (PSF) assume um conceito ampliado de atenção básica, avançando na direção de um sistema de saúde integrado que converge para a qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente.

Assim, se a construção do SUS implica uma reviravolta ética, a reorganização da atenção básica pela estratégia do PSF amplia e aprofunda o trajeto desse giro ético, pois sua efetivação não se resume a uma nova configuração da equipe técnica assistencial, mas a um novo processo de trabalho marcado por uma prática ética, humana e vinculada ao exercício da cidadania (FORTES, 2004).

Como explica Souza:

A estratégia de trabalho do PSF propõe uma nova dinâmica para a Estruturação dos serviços de saúde, bem como para a sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis de complexidade assistencial. Assume o compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e acima de tudo resolutiva à população na unidade de saúde e no domicílio, sempre de acordo com suas reais necessidades, identificando os fatores de riscos, aos quais ela está exposta, e nele intervindo de forma apropriada” (SOUZA, 2000).

O PSF prioriza a promoção, proteção e recuperação da saúde individual e da família de forma integral e continuada. Este programa baseia-se na atenção à família em sua relação com o ambiente físico e com sua rede social de relações individuais ou coletivas. Nas palavras do Ministério da Saúde o PSF, tem o propósito de reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorando a qualidade de vida dos brasileiros. (BRASIL, 2001)

O objetivo da ESF é de um novo modelo de assistência com uma visão centrada na atenção básica integrado aos princípios do SUS.

A equipe das UBS deverá realizar assistência integral, contínua, com qualidade no atendimento, avaliando sempre as necessidades da população adstrita, apresentando resolutividade aos seus problemas individuais e coletivos, interferindo nos fatores de risco, atuando com ações de intervenção que favoreça a qualidade de vida e assistencial do indivíduo, com a função de humanizar as práticas de saúde estabelecendo parcerias com equipes multiprofissionais e intersetoriais.

2.4 AMIDALITE

Conforme definição de William Mckerrow (2003):

A amidalite é uma infecção do parênquima das amídalas (tonsilas) palatinas. A definição de amidalite recorrente severa é arbitrária, mas critérios recentes a definiram como cinco ou mais episódios de amidalite que ocorre como uma manifestação da doença viral mononucleose infecciosa, que usualmente apresenta um episódio único. Porém, a amidalite aguda nessa situação pode ser seguida por amidalites recorrentes em alguns pacientes. A infecção das amídalas palatinas pode ocorrer isoladamente ou como parte do quadro clínico de uma faringite generalizada. A distinção clínica entre a amidalite e a faringite é obscura na literatura, e a condição muitas vezes é referida simplesmente como “dor de garganta aguda”. A dor de garganta que dura de 24 a 48 horas como parte do pródromo de uma infecção leve do trato respiratório superior é excluída dessa definição. O diagnóstico de amidalite aguda é primariamente clínico, com o principal interesse do médico sendo descobrir se a doença é viral ou bacteriana; essa informação tem relevância se uma prescrição de antibióticos está sendo considerada. Diversos autores tentaram diferenciar a dor de garganta viral da dor da garganta bacteriana em bases clínicas, mas os resultados desses estudos são conflitantes, sugerindo uma falta de critérios diagnósticos confiáveis. As investigações para ajudar nessa distinção incluem swabs de garganta e testes sorológicos, incluindo o teste do antígeno rápido e o título de antiestreptolisina O (ASLO). (...) Há uma alta taxa de portadores assintomáticos, de até 40%, para bactérias potencialmente patogênicas, como estreptococos beta-hemolíticos do grupo A, e os resultados da bacteriologia do swab de superfície pode ser irrelevante à flora mais profunda, que pode ser responsável pela infecção clínica. (...)

Continuando sua pesquisa William Wckerrow (2003) revela ainda que:

a incidência/prevalência de dor na garganta recorrente é muito comum na infância e sua incidência é de 100/1.000 habitantes por ano. (...) A amidalite severa recorrente resulta em morbidade significativa, incluindo tempo perdido na escola ou no trabalho. A complicação mais comum da amidalite aguda é o abscesso periamigdaliano, (...) A febre reumática e glomerulonefrite aguda são complicações reconhecidas da amidalites aguda associada aos estreptococo beta-hemolítico do grupo A. (...) podem ser prevenidas efetivamente em comunidades fechadas pelo uso da penicilina.



Foto - Amidalite Aguda (secreção purulenta) – Figura 1

Na opinião da Dra. Blanca Bica (UFRJ-2006):

A identificação e o tratamento precoce da faringoamigdalite é o objetivo primordial para erradicação da febre reumática. A profilaxia primária constitui-se na erradicação do estreptococo da orofaringe. Como não é possível numa unidade de atendimento básico de saúde esgotar as possibilidades de diagnóstico diferencial entre as infecções virais e bacterianas, é conveniente tratar os casos de infecção estreptocócica suspeita e que convivem em situação de risco.

Isso equivale dizer que não é viável realizar exames de sangue e esfregaços de orofaringe em todas as crianças com possível infecção estreptocócica. Esse diagnóstico deve basear-se em sintomas clínicos como a maior ocorrência no inverno e primavera, idade entre 3 a 20 anos de idade, início abrupto, febre alta, dor ao engolir, orofaringe avermelhadas e com edema, presença de exsudado amarelado, gânglios cervicais e submandibulares aumentados e sensíveis, cefaléia e dores abdominais, presença de erupção na pele.

Blanca Bica (UFRJ- 2006) afirma que o sucesso das campanhas de massa em profilaxia primária, somente terá resultado se o Pediatra compreender o seu papel e a sua responsabilidade nas situações onde a saúde e o bem-estar das crianças se sobrepuserem às condutas mais sofisticadas.

A abordagem terapêutica envolve a prevenção primária, o tratamento das infecções agudas e a prevenção secundária (CARVALHO, 1996; MOTA & MEIRE,1996).

A prevenção primária acontece pelo adequado controle das infecções bacterianas de orofaringe assim como o tratamento adequado dos surtos que requer a atualização da medicação com a finalidade de atuar na erradicação do *streptococos B-hemolíticos* do grupo A (EBHGA).

Na adesão do paciente ao programa de tratamento destaca-se também a importância da visita regular ao médico, o segmento correto das orientações e a manutenção da conduta ao longo do prazo (MOHLLER et al, 1995).

2.5 FEBRE REUMÁTICA

A diferenciação do reumatismo agudo de gota foi feita por Guillane de Baillou, médico francês.

A origem do termo “*rheuma*” vem do grego e foi introduzido há 2.100 anos. Deriva do verbo *rheo* que significa fluir, em referência a teoria hipocrática dos humores.

Baillou foi o primeiro a usar o termo reumatismo em seu livro “*The Book on Rheumatism and Back Pain*” (1942). Ele acreditava que as dores articulares seriam causadas por “mal humores” que fluiriam do cérebro para as articulações.

A FR é uma complicação inflamatória não supurativa, aguda e tardia de infecção da orofaringe provocada pelo *streptococos B-hemolíticos* do grupo A (EBHGA). Pode acometer as articulações, o coração, o sistema nervoso central, a pele e ou tecido subcutâneo.

Classicamente manifesta-se por poliartrite migratória, cardite, coréia de Sydenham, nódulos subcutâneos e eritema marginadum. (TARANTA, 1997; SCHUMACHER ET AL, 1993; CASSIDY & PETTY,1995; KAPLAN, 1996; STOLLERMAN,1997; AZEVEDO, 2001).

Conforme definição de Maria Helena B. Kiss (2006)

a febre reumática é uma doença auto-imune surgida após uma infecção de oronfaringite causada por *streptococos B-hemolíticos* do grupo A (EBHGA) e que pode acometer o coração, articulações, sistema nervoso central, pele e tecido subcutâneo.

Um resumo realizado pelo Instituto Nacional de Cardiologia de Laranjeiras (INCL-2003) mostra que a FR é a forma mais comum de doença cardiovascular adquirida na infância e em adultos jovens em todo mundo, com elevada morbi-mortalidade. É um problema de saúde pública. Desde 1954 a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem se preocupado com a prevenção e controle da FR e Cardiopatia Reumática.

Em 1924, Sydenham descreveu a Coréia, porém sem relacioná-la com reumatismo agudo. Ele acreditava ser devido a “mal humores” que se depositariam nos nervos causando irritação e espasmo. Coube e Richard Bright, em 1831, fazer a associação entre FR e Coréia.

Até 1808, o reumatismo agudo era o termo utilizado para designar afecções articulares agudas. Nesta data surgiu o termo FR para denominar o reumatismo agudo em adultos jovens.

A relação ocasional do reumatismo agudo com a cardite foi descrita por vários estudiosos da época entre eles: David Pitcairn (1788), Edward Jenner (1789), Baillie (1803), David Dundas (1808), Charles Wells (1812) e Scudamore (1827).

Não obstante, a ligação íntima entre ambos apenas foi feita em 1836 por Jean-Baptiste Bouillaud. Laennec que inventou o estetoscópio em 1816. Bouillaud o utilizava para examinar

seus pacientes, o que com certeza contribuiu para o reconhecimento da relação entre reumatismo agudo e cardite, explicado através da “lei da coincidência”. Na “lei da coincidência” Boillaud afirmava que na grande maioria dos casos de reumatismo articular febril agudo existe grau variável de tecido fibroso no coração e que esta coincidência é a regra e não a exceção. Era adepto do uso de sangrias e pregava que estas deveriam ser precoces, copiosas e baseadas na existência de um “sangue inflamatório”.

Através de estudos anátomo-patológicos foi evidenciada a inflamação do endocárdio, o que mais tarde seria confirmado pelos achados de Aschoff e Gueipel (1904), ao verificarem os nódulos reumatóides no músculo cardíaco. Walter Chedale (1889) descreveu como parte do quadro de FR a cardite, poliartrite, nódulos subcutâneos e eritemas marginados.

Em 1928 foi descoberta a Penicilina por Alexander Fleming, porém apenas em 1940 o uso de antibióticos foi introduzido ao tratamento da FR.

Os critérios diagnósticos de Jones foram criados em 1944, sofreram algumas modificações desde então, sendo a última em 1992.

Estudo realizado pelo Programa de Prevenção da Febre Reumática (PREFERE) do INCL com objetivo a prevenção primária. Este programa partiu com grande base para orientação, capacitação para professores e estudantes do ensino médio, fundamental e profissional com equipe multidisciplinar em saúde de unidades básicas. O estudo foca casos novos de amigdalite e FR. (INCL, 2003)

Estudo realizado por Moraes (2004) com adolescentes portadores de FR e gravidez, deixaram bem claro que a gravidez na adolescência é também fator de grande preocupação, não só a gravidez, como também a atividade sexual precoce.

Durante o estudo realizado em 510 prontuários (52% dos pacientes era do sexo feminino), 16 (13%) engravidaram, sendo que 14 com Pré-Natal em dia e 2 com abandonos, impossibilitando o seu acompanhamento ideal. Sinais de cardite foram apresentados em 15

casos e durante o Pré-Natal foram observados que em dois pacientes houve recidiva da FR acompanhada de coréia e em um deles observou-se a ocorrência de HIV.

Das pacientes observadas, a maioria evoluiu para parto normal, três partos fórceps e quatro cesarianas.

Neste caso, observamos a necessidade de uma melhor orientação aos adolescentes em relação à sexualidade e às doenças sexualmente transmissíveis (DST). Fica neste estudo bem claro que as adolescentes ainda precisam de um atendimento diferenciado para que haja melhora significativa na qualidade de vida da população.

2.5.1 Etiopatogenia

A FR acontece sempre em consequência de uma infecção estreptocócica (EBHGA), de orofaringe (faringoamigdalite), sintomática ou assintomática.

Entende-se portanto que:

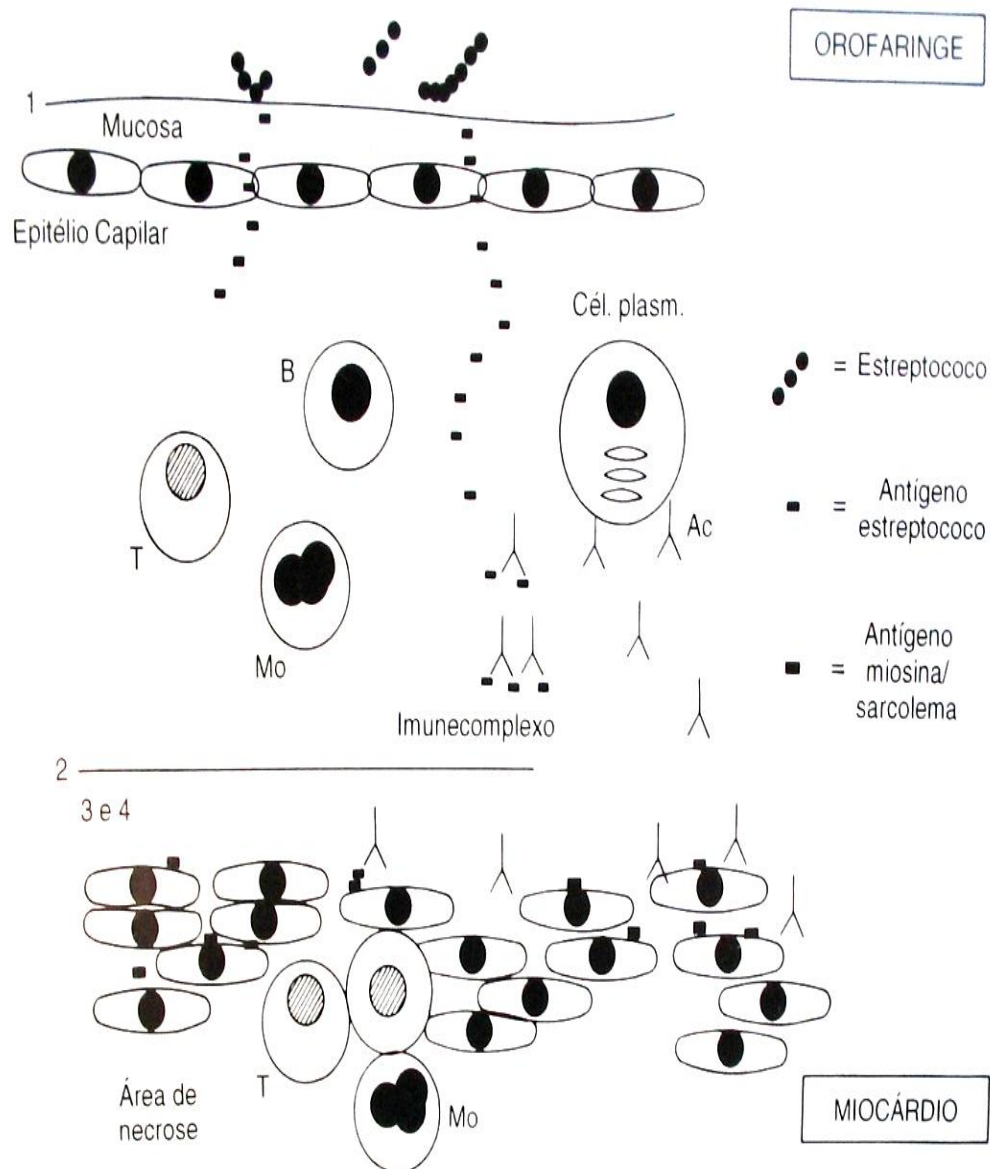
(...) Alguns fatores parecem interferir na frequência e nas taxas de morbimortalidade da doença (...) suscetibilidade genética à doença associada a antígenos HLA de classe II, em especial DR7 e DR53, observamos em uma amostra da população brasileira com febre reumática. Estudos com outros países mostram associações com outros antígenos, como HLA-DR2, DR4, DR11. (...) fatores ligados ao EGA – alguns sorotipos desse estreptococo são considerados “reumatogênicos” por estar frequentemente associados a epidemias de febre reumática. (...) fatores ligados ao ambiente – más condições de higiene e moradia, à assistência médica precária e à desnutrição, parecem desempenhar papéis importantes e justificam, (...) a maior frequência da FR em países subdesenvolvidos e, talvez, a maior gravidade do quadro clínico, com taxas mais elevadas de morbimortalidade. (...) patogênese da enfermidade está ligada às respostas imunes humoral e celular exacerbadas dirigidas contra antígenos estreptocócicos. O desencadeamento da doença está relacionada a presença do mimetismo molecular, mediado por linfócitos T CD4 +, entre antígenos de EGA e antígenos de tecidos humanos, em especial a proteína M do EGA e, no caso do tecido cardíaco, a vimentina e a cadeia alfa tropomiosina. (KISS, 2006, p. 1693-1695)

Sabiston acrescenta que:

Um fator etiológico comum da estenose mitral continua sendo a febre reumática (FR). Há quase um século foi documentada a relação entre a FR e um episódio antecedente de faringite por estreptococos de Grupo A, mas o mecanismo exato permanece não-esclarecido. Através da análise sorológica, a magnitude da resposta imunológica à infecção pelo estreptococo, conforme avaliada pelo teste da antiestreptolisina, correlaciona-se com a incidência clínica da FR, que se aproxima de 10% dos pacientes com fortes respostas de antiestreptolisina O. (...) Clinicamente, a FR caracteriza-se por reações inflamatórias exsudativas e proliferativas difusas no coração, articulações e pele. (...) Depois de um episódio de FR, pelo menos dois anos são necessários para o desenvolvimento de uma estenose mitral grave, e a maior parte dos pacientes permanece numa fase latente assintomática, por duas décadas antes do início dos sintomas.(SABISTON, 1993)

2.5.2 Mecanismo do desencadeamento etiopatogênico da FR

Estudos realizados pela SOCESP (1994) mostraram o processo que ocorre desde a infecção pelo estreptococo beta-hemolítico do grupo A, o desencadeamento da resposta imune, o mecanismo de defesa do organismo, e nos indivíduos suscetíveis onde levam a uma resposta anormal. Esta ocasiona lesões no tecido cardíaco e é mediada principalmente por linfócitos T CD4+ que reconhecem estruturas semelhantes a determinados epitopos da proteína M do estreptococo no tecido cardíaco.



1. Infecção da orofaringe pelo estreptococo
2. 1^{as} semanas - anticorpos circulantes e imunecomplexos
3. Fixação de alguns anticorpos com reação cruzada no tecido cardíaco
4. 2 a 3 meses - reação de hipersensibilidade retardada no tecido cardíaco

T: linfócito T
 B: linfócito B
 Ac: anticorpo

Mo: monócito/macrófago
 cél. plasm.: célula plasmática

Demonstração do Mecanismo etiopatogênico da febre reumática – Figura 2

2.5.3 Epidemiologia

Sabe-se que a incidência da FR no Brasil é de 0,3 a 3%, e que ocorrem com mais frequência em crianças e adultos jovens de 5 a 15 anos de idade quando raramente ocorre em menores de 5 anos, por dificuldade de profissionais treinados nas unidades básicas de saúde, dificuldade na prevenção de infecções por estreptococo, e assim, prevenir a FR através da prevenção primária com penicilina G benzatina (PGB).

Conforme estudos do Ministério da Saúde:

Nos últimos 20 anos, em países desenvolvidos, a incidência da FR vem declinando, provavelmente, em consequência de melhores condições de vida, nutrição e moradia – o que diminui a frequência do contágio com o streptococo – e de acesso fácil à saúde, com diagnóstico e tratamento das amigdalites, além do uso da penicilina (...) Ainda assim, nos países em desenvolvimento, a doença continua sendo importante causa de morbidade e mortalidade. (...) O custo do tratamento cirúrgico da valvulopatia reumática consome 2/3 do orçamento destinado à cirurgia cardíaca no Brasil. (MS-1998)

Caio Moreira nos informa que:

Segundo dados publicados por Achutti & Achutti em 1992, no Brasil, a taxa de mortalidade por febre aguda entre os anos 1985 e 1989 foi de 0,15\100.000, e por cardiopatia reumática crônica foi de 1,42\100.000. Já a prevalência de febre reumática aguda entre escolares, no período de 1971 a 1980, foi de 1,0\1.000. Esses mesmos dados para os EUA foram, respectivamente 0,03\100.000, 2,58\100.000 0,7\1.000; e para o Japão, 0,03\100.000, 1,10\100.000 e 0,1\1.000. (Moreira - 2001)

Já dados do SUS, relatam que no Brasil, durante o ano de 1998, a FR aguda foi responsável por 9.909 internações e 294 óbitos, e a cardiopatia reumática crônica (CRC) originou 10.691 internações e 881 óbitos.

Dados do Ministério da Saúde (1998) revelaram uma incidência para a população alvo (5 a 14 anos) de:

- 6 milhões de angina estreptocócicas/;
- 18 mil episódios de febre aguda/ano;

- 6 mil novos casos de cardiopatia reumática crônica /ano;
- 30% do total de 28.000 cirurgias por doenças cardiovasculares realizada na rede pública hospitalar são relacionadas com valvulopatia por FR, sendo 7% delas, em doentes com idade inferior a 16 anos de idade.

Graciano (2007) estudou fatores envolvidos com a má-adesão à profilaxia secundária da FR com a PGB que contou com amostra de 189 pacientes acompanhados no Ambulatório da Universidade Federal de Minas Gerais, onde foram considerados não-aderentes aqueles pacientes que tiveram dois atrasos com mais de sete dias na aplicação da penicilina.

Nesta pesquisa foram também verificadas as variáveis da má-adesão como: gênero feminino, controle da data de aplicação da penicilina, faltas às consultas, tempo de profilaxia, idade, nota para a dor da injeção, nível de informação sobre a FR.

Considera-se que os fatores de maior risco são o gênero feminino, a dor da injeção e a falta às consultas médicas. Além de que a forma de não-adesão ao tratamento com PGB não é só a dor, mas também o medo.

A Dra. Ana Beatriz Barbosa (2001) através de um estudo do medo, em seu livro “Mentes com medo”, deixa claro que o medo até certo ponto é saudável e preventivo. Segundo a psiquiatra: “quem nunca sentiu medo que atire a primeira pedra”. Com vários estudos sobre o tema, ela afirma que todo mundo tem medo, “medo de ser humano, da traição, de bruxa, escuro, vento, trovão, da morte, de envelhecer, medo de experimentar coisas novas de falar a verdade, diz até que tem pessoas que tem medo de gastrite, otite, sinusite, faringite ... medo da fé”. Sendo assim, por que crianças e adolescentes não sentiriam medo de tomar injeção?

Não há como ignorar a grande utilidade de informação para a melhora da qualidade de vida dos pacientes.

A ideia da Dra. Ana Beatriz (2001) é oferecer informações sobre os transtornos que desencadeiam o medo, além do que, provar que é possível reverter este medo do tratamento, para o medo de não ficar doente.

Para tanto, é necessário que o médico esteja familiarizado com o assunto e que haja uma boa relação entre o médico e o paciente. A partir daí, a conduta terapêutica poderá ser estabelecida, com todas as chances de grande êxito.

Estudos realizados (SOCERJ-INCL-2005) com a FR esclareceram que a situação socioeconômica e as condições de moradia são fatores muito importantes para avaliar a qualidade de saúde da população.

Considerando que a FR ocorre em crianças e adolescentes jovens entre 5 e 15 anos e, embora venha ocorrendo casos em adultos, profissionais que trabalham com adolescentes e com crianças em idade pré-escolar (creches); esclarecem que a estimativa de 3% desenvolvem a FR após uma infecção estreptocócica das vias aéreas superiores e em torno de 30% adquirem complicações valvares.

Apesar de sua fisiopatologia ainda não estar bem definida, justifica-se que exista sim uma predisposição individual para desencadear a doença e esclarece que os desprovidos de condições básicas de subsistência têm maior chance da infecção.

Neste mesmo estudo, o INCL relata que 40% das intervenções cirúrgicas são por consequência de FR e confirma a falta de adesão no tratamento, descrevendo que esta é consequência do obstáculo encontrado nas UBS, por desconhecimento ou por medo de reações alérgicas.

Esta infecção não tratada causa o prejuízo das crianças e adolescentes jovens já que estes passam a esbarrar em dificuldades no mercado de trabalho e em falhas no desempenho escolar. (gera grande dificuldade intelectual e grande comprometimento psicológico do paciente e de seus familiares).

Depois de muitas reflexões, o INCL implantou em 2003 o PREFERE - Programa de Prevenção à Febre Reumática - que tem como objetivo diminuir a incidência da FR no Brasil, através de educação, informação e esclarecimento da importância da profilaxia primária que é o caso das amigdalites bacterianas.

Em 2005 foi realizado no INCL um estudo que contou com 120 adolescentes por um período de oito meses com formulário composto de perguntas abertas e fechadas com objetivo de avaliar o perfil socioeconômico. A faixa etária variou entre 9 e 26 anos de idade. O resultado foi que dentre os analisados 33% dos pacientes não frequentavam escola, 40,2% residem em casas de alvenaria inacabada e 2,7% em cortiços e barracos, 12,5% residem em área sem saneamento básico e 16% com saneamento. A avaliação do tipo de moradia não foi considerada aglomerada, já em relação à condição financeira 18,1 apresentaram renda de 1 (um) salário e 4,7% sobrevivem de caridade alheia. A dificuldade do entendimento da doença ficou evidenciada com 14,2% de pais/responsáveis analfabetos.

Este estudo veio fortalecer a importância da integração da educação e da saúde, com o objetivo de esclarecer e fortalecer a necessidade de uma equipe multidisciplinar além de prevenir a FR, facilitando assim o acesso para a prevenção primária nas unidades básica de saúde.

Borges (2004) em estudo realizado a fim de relatar manifestações clínicas e características demográficas de pacientes com FR, tratadas em hospital público no estado do Acre, concluiu que a cardite reumática é a manifestação mais comum da FR, sendo predominante em grupos racialmente diversificados (60.6 % dos casos) e principalmente nos pacientes do sexo feminino (59.6%). Do total de 69 pacientes analisados, 21 desses desenvolveram falência cardíaca. Os estudiosos entenderam que o baixo cumprimento do tratamento com o uso do antibiótico contribui consideravelmente para a recorrência da doença e para as sequelas cardíacas.

2.5.4 Internações e óbitos na região metropolitana

Região metropolitana	2000	2001	2002	2003	2004	
Internações FR e CRC	615	582	538	490	518	
Óbitos	134	100	122	134	119	
Taxa Internações	6,72	6,30	5,77	5,21	5,48	\100.000

Quadro 1- Internações e óbitos relacionados à FR na Região Metropolitana I do Rio de Janeiro entre 2000 e 2004. (Fonte SIH – SUS)

2.5.5 Impacto socioeconômico

Sabemos que a FR é uma doença inflamatória multissistêmica que depende da função imunológica de cada indivíduo e que afeta, na maioria das vezes, pacientes com baixa situação sócioeconômica.

Dados do DATASUS informam que no Brasil, estima-se a incidência de FR em torno de 30.000 novos casos por ano, sendo a principal causa de cardiopatia adquirida entre crianças e adolescentes.

Segundo tais dados, no ano de 2003 foram realizadas 14.000 internações por FR aguda, sendo registrados 755 óbitos, com taxa de mortalidade de 5,5%, e gastos 65 milhões de reais no tratamento clínico da FR. (DATASUS – 2003)

A experiência de muitos países, como a Costa Rica na década de 1980-1990, que conseguiram drástica redução da prevalência da FR através do treinamento das suas equipes de saúde para o diagnóstico da faringoamigdalite bacteriana e do uso de penicilina benzatina como primeira escolha para o seu tratamento, demonstra que é possível o controle da doença através de programas de prevenção. O custo da profilaxia secundária de R\$ 26,00 ao ano por paciente é desprezível se comparado ao custo de uma cirurgia de implante de prótese valvar que tem um custo de aproximadamente R\$ 7.000,00 (tabela SUS) (MS – INCL)

E ainda:

Dados revelam que 30% das amidalites são de origem estreptocócica, e que 10 milhões de pessoas são infectadas todos os anos no Brasil pela amidalite estreptocócica, entre 5 e 15 anos, de 0,3 á 3% das amidalite estreptocócica evoluem para FR, 30.000 casos novos de FR aguda são registrados no Brasil todos os anos, 50% dos casos de FR causam lesões cardíacas, 96 milhões de reais foram gastos em 2003 com cirurgias cardíacas em decorrência de FR no Brasil. (DATASUS)

Desta forma, "(...)11.000 cirurgias valvares são feitas por ano no Brasil, representam 40% das cirurgias cardíacas no país, e que 65 milhões de reais foram gastos em 2003 pelo MS com pacientes portadores de FR." (Brasil, 2003)

No Brasil, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) estabelece como suas atribuições, dentre outras:

- Conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sociais, demográficas e epidemiológicas:
- Prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea, com ênfase nas ações de promoção à saúde.

2.5.6 Custo e benefício

O custo e benefício dos programas de prevenção são altamente favoráveis, uma vez que a *Penicilina Benzatina* aplicada nas unidades de saúde para tratamento da amidalite tem custo unitário de 1,50 reais.

Já o custo anual da profilaxia para pacientes com FR recebendo *penicilina benzatina* de 21 em 21 dias é de R\$ 26,00 reais, mas, somente o valor pago pelo SUS por uma cirurgia de implante de prótese valvar, aproxima-se de R\$ 7.000,00 reais.

Para Giannini:

A avaliação da relação entre os custos e os resultados positivos de uma intervenção médica de caráter diagnóstico, terapêutico ou preventivo representa um procedimento recentemente introduzido na prática e que necessita ser compreendido dentro dos limites do cuidado à saúde, seja no âmbito das políticas populacionais, seja no âmbito do cuidado pessoal. (...) em termos de eficácia para a saúde, previamente equacionados com base nos resultados de estudos clínicos, prospectivos, controlados. Isto distingue custo/eficácia de custo benefício (...) (GIANNINI, 2000)

Caio Moreira acrescenta que:

As doenças reumáticas exigem gastos crescentes do Ministério da Saúde do Brasil: foram gastos R\$ 46,5 milhões em 1992 e mais de R\$ 60 milhões só no primeiro semestre de 1994. Os problemas de saúde atendidos pelo reumatologista, como osteoporose e seqüelas de FR (esta responsável por 96% das cirurgias valvulares do país), são verdadeiros fantasmas para o SUS do Brasil, em 1998 a FR provocou 9.909 internações de pacientes em fase aguda, 294 óbitos, com um gastos de 8 milhões de dólares no tratamento, e 10.691 internações por valvulopatias, com 881 óbitos, em um gasto de R\$ 45 milhões de dólares em cirurgias reparadoras,(...) Organização Mundial de Saúde (OMS) planeja, a partir do ano 2000 uma ação maciça de divulgação em massa das doenças reumáticas,(...) estimulando o diagnóstico precoce e o tratamento global adequado aos pacientes reumático. (MOREIRA2001)

2.5.6.1 Custo de procedimento da Febre Reumática – RJ - 2002

Passamos agora a apresentar a tabela contendo dados substanciais que nos ajudam a compreender tal problemática e a estabelecer uma relação custo-benefício, em se tratando de uma ação preventiva. São eles:

PROCEDIMENTOS	NÚMEROS	CUSTOS R\$
Implante de prótese valvular	373	R\$ 3.066.107,44
Valvulopatia mitral	37	R\$ 167.550,17
Custo médio para implante de prótese	01	R\$ 8.220,13
Custo médio para valvulopatia	01	R\$ 4.528,38
Valor médio da profilaxia secundária	01	R\$ 27,00
Valor médio da profilaxia primária	01	R\$ 1,50

Tabela 1 (Fonte – SIH – SUS)

2.5.7 Quadro clínico da Febre Reumática

2.5.7.1 Poliartrite

Costuma ser a causa mais frequente das consultas ambulatoriais. A dor é geralmente aguda e afeta a maioria dos pacientes portadores de FR. As articulações mais afetadas são: joelhos, tornozelos, punhos, cotovelos podendo ocorrer de forma migratória ou não.

2.5.7.2 Cardite

A cardite é a maior preocupação por ser a única que pode provocar a morte através do comprometimento das válvulas cardíacas como a mitral e aórtica.

(...) história natural da estenose mitral apresenta característica latente clínica, 12 anos em média, desde o surto de doença reumática até a manifestação dos sintomas, mais habitual na terceira década de vida (...) a área valvar mitral ecodopplercardiográfica ter geralmente boa correlação com a medida hemodinâmica e mesmo com achado anatomopatológico, não podemos esquecer situações em que é limitada, como nas alterações de complacência do ventrículo esquerdo, FA (fibrilação atrial) de alta resposta, taquicardia supraventriculares, bloqueio átrio ventriculares e eventual presença de lesões valvares associadas (SOSESP -1996)

2.5.7.3 Eritema Marginado

É uma lesão eritematosa indolor em local mais comum tal como: tronco e região próxima dos membros.

2.5.7.4 Nódulos Subcutâneos

Os nódulos são firmes, indolores e móveis de tamanho variável. É muito comum encontrá-los em superfícies extensoras dos tendões próximas às proeminências ósseas como: cotovelo, joelhos, tornozelos, processos espinhosos vertebrais, couro cabeludo e fronte e tem uma duração de uma ou duas semanas.

2.5.7.5 Coréia de Sydenhan

É a manifestação mais tardia. Pode surgir de maneira isolada ou associada à cardite. Geralmente, aparece com movimentos incoordenados ou involuntários em tronco, face e extremidades que desaparece com o sono, além da associabilidade emocional, distúrbios da fala, escrita e fraqueza muscular com duração variável.

2.5.8 Diagnóstico da Febre Reumática

Em definição de Caio Moreira:

O diagnóstico da FR é clínico, já que não existem exames laboratoriais ou radiológicos patognomônico da doença. Em 1994, para orientar e evitar o excesso de diagnósticos de FR, o Dr. Jones elaborou critérios que, embora possam se apresentar em várias outras doenças, quando colocados juntos direcionam para o diagnóstico da FR. Os critérios de Jones, revistos pela Academia Americana de Cardiologia em 1992. (...) O diagnóstico de febre reumática aguda é sugerido na presença de dois critérios maiores ou de um critério maior e dois menores, associados a uma evidência de infecção prévia pelo estreptococo do grupo A. (MOREIRA, 2001)

Para Maria Helena B. Kiss:

Não existem exames laboratoriais, sinais ou sintomas específicos de febre reumática (...) Os critérios de Jones (modificados) utilizados como guias para diagnóstico baseiam-se na divisão dos achados e laboratoriais da doença em sinais maiores e menores, associados a evidência da infecção estreptocócica anterior. (Kiss, 2006)

Para a determinação de *streptolisina* "O" e proteína C reativa, no município de Laranjal - PR, foram analisados soros de 411 escolares, entre 5 e 16 anos. Para anti-*streptolisina* "O", 13.6% tiveram títulos elevados e 5.1% foram reativos para proteína C reativa. Não foram observadas diferenças em relação ao sexo e faixa etária.

A alta percentagem de títulos elevados de ASO pode estar relacionada às sucessivas infecções do trato respiratório superior favorecido pela idade e pelo clima frio e úmido da região, aliados ao baixo poder sócio econômico da população. Essa maior presença em classes mais pobres pode ser explicada pelas condições inadequadas de habitação, de promiscuidade e de contágio pelas aglomerações domiciliares, favorecendo a transmissão do *streptococo*.

Em Laranjal - PR, apenas 27% dos domicílios permanentes têm abastecimento de água potável e não há rede de esgotos.

Os resultados da pesquisa permitem sugerir que medidas profiláticas sejam tomadas, prevenindo o aumento na comunidade de indivíduos infectados por *S. pyogenes*.

2.5.8.1 Critério de Jones

Devido à alta incidência de infecção estreptocócica e FR em integrantes das forças armadas dos Estados Unidos, houve um maior interesse no estudo desta doença. (RAVENSWAAY, 1994).

Em 16 de junho de 1994 durante o 94º Congresso Anual da Associação Médica Americana, Thomas Duakett Jones apresentou na sessão de pediatria o tema “Febre Reumática”. Em seguida, publicou seus critérios (Quadro 2) para orientar e guiar os médicos na correta investigação clínica, constituindo-se assim numa tentativa de reduzir os excessivos diagnósticos (JONES, 1994; SHULMAN, 1999).

Através da observação clínica agruparam-se as manifestações mais características da FR como maiores e como menores, os sintomas e alterações laboratoriais comuns e várias patologias (JONES, 1994).

Este critério até hoje orienta o diagnóstico da FR. Naquela época os pacientes com FR ocupavam 25% dos leitos pediátricos nos EUA. (DENNY ET al.,1950; SHULMAN,1999).

No ano de 1956, 1965, 1984 e 1992, foram realizadas quatro revisões no critério de Jones através do comitê de FR da Associação Americana de Cardiologia (JONES, 1994; RUTSTEIN, 1944; SHULMAN, 1999).

A primeira revisão foi a mais significativa, quando a “Americam Heart Associaton” (AHA) modificou critérios maiores e menores (Quadro 3). Já em 1965 os critérios eram

semelhantes aos atuais, mas a evidência de infecção estreptocócica prévia passou a ser condição para o diagnóstico (Quadro 4).

Em 1984, foram enfatizados os resultados falsos positivos de ASLO. Em 1992, a história prévia de FR deixou de ser critério de diagnóstico menor; excluindo-se escarlatina como manifestação estreptococcia, pela possibilidade de outros germes causarem exantema semelhante e de difícil diferenciação (Quadro 5); e ficou determinado o uso dos critérios de Jones somente para o diagnóstico do primeiro surto de FR. (SHULMAN, 1999.)

Maiores	Menores
Cardite	Febre
Artralgia	Dor abdominal
Coréia	Dor precordial
Nódulo subcutâneo	Eritema marginado
História definida de FR prévia ou doença reumática cardíaca	Epistaxe
	Achados pulmonares
	Achados laboratoriais (anemia microcítica, VHS elevado, alteração no espaço PR, leucocitose

Critério de Jones do ano de 1994 – Quadro 2

Maiores	Menores
Cardite	Febre
Coréia	Artralgia
Poliartrite	Achados laboratoriais: Leucocitose, VHS alterado, prolongamento do intervalo PR

	no ECG
Nódulos subcutâneos	História de FR prévia ou doença reumática cardíaca
Eritema marginado	Evidência de infecção recente pelo EBHGA

Critério de Jones (modificado – 1956) – Quadro 3

Maiores	Menores
Cardite	Febre
Poliartrite	Artralgia
Coréia	Achados laboratoriais: Leucocitose, VHS elevado, alteração no ECG com prolongamento do intervalo PR, história de FR prévia, ou doença reumática cardíaca
Nódulos subcutâneos	
Eritema marginado	

Critério de Jones do ano de 1965 – Quadro 4

A probabilidade de FR é elevada existindo evidências de infecção recente pelo EBHGA e presença de dois critérios maiores ou um maior e dois menores.

Manifestações maiores	Manifestações menores
Cardite	Achados clínicos: Artralgia, Febre

Poliartrite	Achados laboratoriais: Reagentes na fase aguda elevados (PCR, VHS, Mucoproteínas); intervalo PR prolongado
Coréia	
Eritema marginado	
Nódulos subcutâneos	

Critérios de Jones modificado do ano de 1992. – Quadro 5

Associados à: Antecedentes de infecção estreptocócica recente, cultura positiva de orofaringe ou teste rápido de antígenos, títulos elevados de anticorpo antiestreptocócicos (ASLO, DNase, outros).

2.5.8.2 Diagnóstico Laboral

O diagnóstico da FR aguda é sugerido que na presença de dois critérios maiores ou um critério maior e dois menores, associados a uma evidência de infecção prévia pelo estreptococo do grupo A.

Em uma última revisão (1992) estabeleceu-se pela primeira vez as diretrizes para o diagnóstico do surto inicial da FR. Contudo, tal revisão não tem a intenção de diagnosticar CRC ou avaliar a atividade reumática.

Existem duas situações nas quais os critérios de Jones não são aplicáveis:

- a coréia de Sydenham pode surgir depois de meses da infecção aguda, quando as provas de fase aguda e a antiestreptolisina O (ASLO) já normalizaram;
- a cardite de início insidioso pode ter seu diagnóstico retardado, e as provas de fase aguda e ASLO já podem estar normais.

Caio Moreira esclarece que: "o ataque da FR raramente dura mais de três meses. Quando há cardite grave, pode permanecer por seis meses ou mais, sendo então classificado como CRC." (MOREIRA, 2001)

2.5.8.3 Exames Laboratoriais

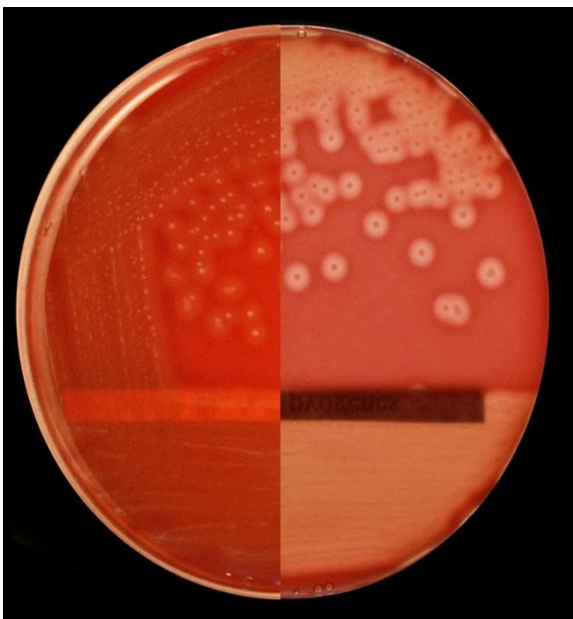
- Hemograma completo - no HC geralmente, ocorre leucocitose moderada e pode estar associado ao desvio para esquerda, com eosinofilia e monocitose, e anemia hipocrômica.
- VHS (velocidade de hemossedimentação) - é uma prova que se destaca dentre as PFA (provas fase aguda) tende a estar aumentada.
- ASLO - Antiestreptolisina O - qualitativo estará positivo e quantitativo sua variação dependerá da infecção.
- Mucoproteína - é uma prova de grande valor, não só para diagnóstico como para controle do tratamento da FR.

- PCR (Proteína C reativa) - positiva no início do processo depois pode normalizar.
- Glicoproteína ácida alfa1 e alfa2 – globulina – tende a estar aumentada.
- Urina - tem a função de descartar ITU (infecção trato urinário)
- Fezes.

2.5.8.4 Cultura da Orofaringite

Maria Helena B. Kiss explica que:

A Cultura de orofaringe deve ser obtida de todos os pacientes com suspeita de FR, ressaltando-se que: A determinação do grupo do estreptococo cultivado (grupo A) é fundamental, pois outros estreptococo são habitualmente encontrados na flora bacteriana da orofaringe(por exemplo, estreptococo alfa hemolíticos). Por ocasião do aparecimento dos sintomas de FR (2 à 3 semanas após a infecção estreptocócica), a cultura de orofaringe apresenta taxa de positividade muito baixa, em torno de 20 a 30%. Algumas crianças (13 a 49%) são portadoras as sintomáticas do EBHGA (estreptococos b hemolítico do grupo A), portanto o isolamento deste não corresponde necessariamente à infecção, a menos que haja confirmação sorológica. (KISS, 2006)



Cultura de Swab - Figura 3



Coleta de Swab – Figura 4

2.5.8.5 Outros Exames

➤ Rx de Torax

O estudo radiológico é muito útil para a avaliação da área cardíaca, considerando que o exame radiológico normal não descarta a FR.

➤ ECG

O eletrocardiograma pode encontrar o alargamento do espaço PR, e taquicardia sinusal, mas o exame normal não descarta a FR.

Durante o intervalo PR ocorrem: a despolarização dos átrios, já estudada, e, após o atraso fisiológico que o estímulo sofre no nódulo AV (0,050 a 0,120 s), a despolarização sucessiva do feixe de His, dos ramos e da rede de Purkinje. O ECG convencional não registra nenhuma dessas atividades alébricas que podem, no entanto, ser estudadas através de um traçado intracavitário, o eletrograma do feixe de His, (...) o intervalo PR é medido da onda P até o início da primeira onda QRS. Deve ser medido na derivação bipolar dos membros onde ele se apresentar mais longo. Varia de 0,12 e 0,20 (...). (CARNEIRO, 1977)

➤ Ecodopplercardiografia

O ecocardiograma é um ótimo exame e de grande importância para avaliação da anatomia cardíaca, mobilidade dos folhetos valvares, miocardites, regurgitação mitral, aórtica e tricúspide, presença ou não de pericardite e se ocorre derrame pericárdico e presença de vegetações em valva mitral sugerindo o diagnóstico de endocardite bacteriana.

2.5.9 Tratamento

Giannini explica que:

(...) havendo suspeita clínica de doença reumática e confirmada sua presença por exames de laboratórios (hemograma, VHS, mucoproteína, alfa 2 glicoproteína e ASLO), inicia-se rigorosamente o tratamento com o objetivo de impedir lesões valvares sejam conservadas. Além disso são indispensáveis procedimentos que impeçam a recorrência de novos surtos de DR (doença reumática), que seguramente serão responsáveis pelo agravamento de lesões preexistente. (GIANNINI, 2000)

2.5.9.1 Escolha do antibiótico

A escolha do antibiótico deve ser de eficácia comprovada. A prevenção da FR é de grande importância, pois se considera a penicilina G benzatina (PGB) como uma medicação segura, de baixo-custo e de fácil acesso.

Devemos, portanto, garantir a manutenção de níveis sérico satisfatório, facilitando a adesão ao tratamento com um esquema posológico que visa a erradicação do estreptococo.

O uso de antibiótico nas amidalites tem por principal a erradicação do estreptococo da garganta e a prevenção da FR. Outro objetivo secundário é a prevenção de abscessos locais, sinusite, otite e focos à distância como endocardites. A redução da duração da doença é de pequeno impacto, visto que habitualmente esta é auto limitada, tendendo a febre a desaparecer em 5 dias e o restante dos sintomas em 7 dias. (ICL – PREFERE)

O Professor Doutor Luiz Venere esclarece que:

A taxa da penicilina no soro deve permanecer entre 0,015 e 0,030 U/ml, níveis modestos porque o objetivo não é a erradicação de germes, já obtida com a terapêutica da fase aguda da doença, mas apenas a recorrência da infecção estreptocócica. A droga pode ser administrada por via intramuscular ou oral. No primeiro caso a escolha é a da penicilina benzatina nas doses de 600.000 U para crianças até os 12 anos (cerca de 30 kg) e de 1.200.000 U para adultos. Por via oral, de preferência a fenoximetil penicilina (penicilina V) nas doses de 200.000 U a 250.000 U duas vezes ao dia para crianças e de 250.000 U também repetida para adultos. A droga é relativamente resistente à acidez do meio gástrico.

Deve-se haver o entendimento que:

As penicilinas, como os demais beta-lactâmicos, interferem com a síntese da parede celular bacteriana, agindo sobre enzimas situadas entre a parede celular e a membrana citoplasmática, denominadas proteínas de ligação de penicilina. (...) As penicilinas também ativam mecanismos autópticos bacterianos, os quais levam à destruição da integridade da parede celular. A incapacidade de ativar tais sistemas autolíticos aparentemente é responsável pelo fato de as penicilinas serem apenas bacteriostáticas para enterococos. (MARANGONI, 1994)

E ainda:

Penicilina G benzatina para uso exclusivamente IM, a aplicação de tal preparado leva a níveis séricos muito baixos, porém extremamente prolongado (3-4 semanas). É usada principalmente para o tratamento (...) faringite estreptocócica e profilaxia de FR. (MARANGONI, 1994)

A Portaria 156 em seu artigo 10 determina:

Art. 10 Determinar a utilização da penicilina nas unidades básicas de saúde, e nas demais unidades do SUS, para situações em que seu uso se impõe segundo esquemas padronizados pela Secretaria de Vigilância em Saúde. (PORTARIA 156 – 2006)

Ainda:

(...) FR – a dose recomendada de penicilina G benzatina é de 600.000 UI para crianças com menos de 25 kg ou mais. Para profilaxia primária (erradicação do estreptococo) recomenda-se uma única aplicação e para a profilaxia secundária (para evitar novos surtos de FR), uma aplicação a cada 21 dias.

São raríssimos os pacientes que exibem alergia ou intolerância tanto à penicilina como à sulfadiazina, pode ser considerado o uso da eritromicina oral, 250 mg , 2 vezes ao dia.

(Achutti, 2006)

2.5.9.2 Tratamento das Síndromes

2.5.9.2.1 Articular

➤ AAS

80 a 100 mg-kg-dia

VO 6-6 h por 2 a 3 semanas e fazer redução gradual por mais 3 semanas.

➤ NAPROXENO:

10 a 20 mg-kg-dia

VO 12-12 h por 2 a 3 semanas com redução gradual por mais 3 semanas.

2.5.9.2.2 Cardíaca

➤ **PRESNISONA**

1 a 2 mg-kg-dia (no máximo 80 MG)

VO, Pela manhã, 3 a 6 semanas.

(Redução progressiva de até 20% a cada 7 dias com suspensão completa em 8 a 12 semanas.)

2.5.9.2.3 Neurológica

➤ **HALOPERIDOL**

Dose inicial de 1 a 2 mg - dia

VO 12-12 h , podendo aumentar 1 mg a cada 3 dias.(Se não houver resposta, aumentando 1 vez por semana até a dose máxima de 6 mg - dia.

➤ **ÁCIDO VALPROICO**

15 a 40 mg -kg - dia,

VO 12-12 h.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Implantar o SISVAMA que é um Sistema de Vigilância das Amidalites Agudas e amidalites recorrentes em crianças e adolescentes jovens de 02 a 18 anos de idade, através de notificações individuais nas Unidades de Saúde do município de Guapimirim.

3.2 ESPECÍFICO

- Identificar sub-população de risco das amidalites agudas e das amidalites recorrentes e conseqüentemente da FR, a partir das notificações individuais.
- Desenvolver banco de dados utilizando o sistema *Epi Info* com as notificações dos casos de Amidalite Aguda.
- Estimar a taxa de incidência de Amidalite Aguda e Amidalite recorrente em crianças e adolescentes jovens de 02 a 18 anos de idade no município de Guapimirim
- Implantar ações de intervenções nas áreas de risco, a fim de promover medidas preventivas das amidalites recorrentes e suas complicações como a FR.

4 METODOLOGIA

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e analítico, realizado através da demanda espontânea de crianças e adolescentes jovens atendidas nas UBS por agendamento, ou por demanda livre, apresentando sinais e sintomas de amidalite aguda, tais como: febre, dor na garganta, amídalas mais vermelhas do que a parede posterior da faringe, presença de secreção purulenta local, amídalas aumentadas de volume e gânglios regionais aumentados de volume.

4.2 CONTEXTO

Tal pesquisa realizou-se em Guapimirim, município localizado na região serrana do estado do Rio de Janeiro que atualmente possui cobertura da Estratégia da saúde de 33,6% (2009). Sua população estimada em 2004 era de 43.019 habitantes. Contudo, hoje a estimativa real é de 49.748 mil habitantes numa área total de 361,78 km² segundo dados da Secretaria de Turismo do município.

Ainda, o trabalho teve autorização e participação do então prefeito atual Nelson da Costa Mello e do Secretário de Saúde, dos pediatras do centro pediátrico do município e de

toda equipe das UBS que é formada por três médicos, três enfermeiros, vinte e quatro ACS e três auxiliares de enfermagem.

4.3 CENÁRIO DO ESTUDO

A região estudada conta com quatro USF sendo estas: USF de Parada Modelo, USF de Parada Ideal, USF da Quinta Mariana e a USF de Vale das Pedrinhas.

Importante ressaltar que destas UBS, apenas três participaram do estudo já que, devido à falta de médico, a equipe da USF de Quinta Mariana foi considerada incompleta sendo este o motivo da exclusão da USF como fonte de estudo e pesquisa.

Coletaram-se identificações e dados demográficos por bairros e municípios e, sua distribuição foi feita da seguinte maneira: Jardim Guapimirim (12,2%), Parada Modelo (59,3%), Status (3,3%), Vale das Pedrinhas (5,7%) e outros (19,5%).

Outro dado importante é que o bairro onde mais houve notificações foi a USF de Parada Modelo. Tal fato se justifica pela proximidade da USF citada com o Hospital Municipal de Guapimirim (HMG), que é o único hospital do município e, também, única referência de urgência e emergência para a população guapimiriense.

4.4 POPULAÇÃO ALVO

Procurou-se estudar uma amostra de 121 crianças e adolescentes jovens com amígdala aguda (AA) cadastradas nas UBS, com 183 notificações pela ESF, e através deste, identificar o número de crianças e adolescentes jovens de 2 a 18 anos com AA atendidas na UBS, durante o período pré-estabelecido.

4.4.1 População residente em Guapimirim por faixa etária de 1 a 19 anos e sexo – 2009

A população residente por faixa etária e sexo no ano de 2009 tem entre as crianças menores de um ano de idade, 376 são do sexo masculino e 259 do sexo feminino, num total de 735. Nas crianças de um a quatro anos de idade, 1.709 são do sexo masculino e 1.633 do sexo feminino, num total de 3.342. Nas crianças de cinco a nove anos, 2.298 pertencem ao sexo masculino, e 2.197 ao sexo feminino, num total de 4.495. Já nas crianças e adolescentes jovens de dez a quatorze anos, 2.197 pertencem ao sexo masculino, enquanto que 2.113 pertencem ao sexo feminino, num total de 4.310. Entretanto, nos adolescentes jovens de quinze a dezenove anos, 2.206 são do sexo masculino e 2.174 do sexo feminino, num total de 4.380. (Fonte: IBGE, Censo e estimativa)

O PSF de Guapimirim conta hoje com um cadastro aproximado de 6.000 famílias e estão distribuídos nas unidades de Vale das Pedrinhas, Quinta Mariana, Parada Modelo e Parada Ideal. (Fonte: Prefeitura Municipal de Guapimirim, 2009)

4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos todas as crianças e adolescentes jovens, com faixa etária entre 2 e 18 anos de idade, cadastradas nas UBS que apresentavam sinais e sintomas de AA, como: febre, dor na garganta, amídalas mais vermelhas do que a parede posterior da faringe, presença de secreção local purulenta, amídalas aumentadas de volume e gânglios regionais aumentados de volume, e as crianças e adolescentes jovens com histórico de DRC, considerando a idade completa durante o período do estudo que contou de 10 de outubro de 2009 até 10 de abril de 2010. Foi estabelecido o termo de consentimento pelo responsável pelas crianças e adolescentes jovens, conforme normas do comitê de ética.

4.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Indivíduos que não cadastrados nas UBS e os residentes em outros municípios. Foram excluídos também crianças menores de 2 anos de idade e adolescentes maiores de 18 anos de idade. Foi excluída a USF da Quinta Mariana por não estar com a equipe completa durante o período de estudo.

4.7 CONCEITO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

um conjunto de atividades que proporciona a obtenção de informações fundamentais para o conhecimento, a detecção ou a prevenção de qualquer mudança que possa ocorrer nos fatores que determinam e condicionam o processo saúde- doença, em nível individual ou coletivo, com o objetivo de se recomendar e adotar de forma oportuna as medidas de prevenção e controle dos agravos. Portanto ela pode ser entendida como a obtenção de informação para a ação (FISCHMANN,1994;BRASIL,1998)

Segundo estudos realizados pelas bases de saúde coletiva observou-se a necessidade de inclusão de novas doenças e agravos de acordo com a melhoria da qualidade de vida da comunidade, podendo sim, os estados e municípios planejar ações de Vigilância Epidemiológica que possam explicar tal procedimento. Além das doenças de notificação compulsória, o importante é que podemos realizar objeto de notificação, mais sempre seguindo critérios básicos.

Segundo normas já pré-estabelecidas pela Vigilância Epidemiológica a notificação, tem alguns aspectos devem ser considerados:

- Notificar a simples suspeita da doença, para evitar a perda de oportunidade de adoção de medidas de prevenção e controle indicadas.
- A notificação deve ser sigilosa, respeitando o direito de anonimato dos cidadãos, podendo ser divulgada fora do ambiente médico-sanitário apenas nos casos de risco para a comunidade.

5. SISTEMA DE VIGILÂNCIA DE AMIDALITE AGUDA (SISVAMA)

Elaborou-se uma ficha de notificação individual (FNI) e investigação epidemiológica de casos de amidalite aguda para coleta de dados das crianças e adolescentes jovens que compareceram as USF, no período de 10 de outubro de 2009 a 10 de abril de 2010. Para este banco de dados foram coletados e armazenados no programa EPI-INFO 3.0.3. as fichas de notificações e investigações epidemiológicas, além de dados de identificação, dados do tipo de tratamento indicado, dados laboratoriais, dados antecedentes, dados do contactante, exames complementares e encaminhamentos.

5.1 DEFINIÇÃO DE CASO

Essa FNI inclui os casos com sinais e sintomas referidos na CIPS-2 definida:

- Dor na garganta

- Amídalas mais vermelhas do que a parede posterior da faringe

- Presença de secreção purulenta

- Amídalas aumentadas de volume

- Gânglios regionais aumentados de volume

- Febre

Ficha individual de Notificação (FIN) - e preenchida para cada paciente, quando da suspeita de problema de saúde de notificação compulsória ou de interesse nacional, estadual ou municipal, e encaminhada pelas unidades de assistenciais aos serviços responsáveis pela informação e ou vigilância epidemiológica. É também utilizada para a notificação negativa. (Brasil, 2006)

Notificação negativa - é a notificação da não-ocorrência de doenças de notificação compulsória na área de abrangência da unidade de saúde. Indica que os profissionais e o sistema de vigilância da área estão alerta para a ocorrência de tais eventos.

Será considerado diagnóstico de AA o paciente que preencher três critérios dos seis apresentados nos sinais e sintomas, como: febre, dor na garganta, amídalas mais vermelha do que a parede posterior da faringe, presença de secreção purulenta local, amídalas aumentadas de volume, gânglios regionais aumentados de volume.

SISVAMA

SISTEMA DE VIGILANCIA DE AMIDALITES AGUDA

n°

1-TIPO DE NOTIFICAÇÃO		2 - DATA DA NOTIFICAÇÃO	
/ /		/ /	
3 - MUNICÍPIO DE NOTIFICAÇÃO:			
4-UNIDADE DE SAÚDE (ou outra fonte notificadora)		Código	
5-AGRAVO		CID 10	6-Data dos primeiros sintomas
Amidálite aguda		J03	/ /
7- NOME DO PACIENTE		8-Data de nascimento	
/ /		/ /	
9 - IDADE (dizer ano, mês e dia)			
/ /			
10-Sexo- <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino			
11-Raça/Cor <input type="checkbox"/> 1- branca <input type="checkbox"/> 2- preta <input type="checkbox"/> 3-amarela <input type="checkbox"/> 4-parda <input type="checkbox"/> 5-indigena			
12-Escolaridade(em anos de estudo) _____			
13 - Aproveitamento escolar (repetente) <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não			
14- NOME DA MÃE		15 - NOME DO PAI	
/ /		/ /	
16 - ENDEREÇO			
/ /			
17- Complemento(apto,casa,...)		18- Ponto de Referência	
/ /		/ /	
19- U.F.	20-Município de Residência	21-Distrito	
/ /	/ /	/ /	
22-Bairro		23-CEP	
/ /		/ /	
24-(DDD)Telefone _____		25-Zona <input type="checkbox"/> 1-Urbana <input type="checkbox"/> 2-Rural <input type="checkbox"/> 3-Urbana/Rural <input type="checkbox"/> 4-Ignorado	
26- País (se reside fora do Brasil) _____			

Dados Complementares do Caso:

27-Data da investigação __/__/__ **28-Renda Familiar (salário mínimo)** 1 salário de 2 a 3 3 a 5 mais que 5

28-Número de Cômodos da Casa _____ **29- N° de pessoas que vivem na casa menores de 16 anos** _____

30- Teve Amigdalite antes? Sim Não Ignorado **30-Casos por ano:** 1 / ano 2/ ano 3/ano +3 /ano

32-Fez Tratamento? sim não * Caso sim (com qual ATB?) Benzatina Eritromicina Outros

Sinais e sintomas:

1)Dor na garganta sim não 4) Febre sim não

2)Gânglios regionais aumentados? sim não 5)Amídalas Hipremiadas? sim não

3)Presença de secreção? sim não 6) Amídalas aumentadas de volume? sim não

Outros sintomas:

1)Artrite sim Não 3)Artalgia sim não 5)Prostação sim não

2)Taquicardia sim não 4)Nódulo Subcutâneo sim não 6)Eritema sim não

Realizou Exames Laboratoriais: sim não Caso sim = Hemograma completo sim não

1)VHS sim não 3) PTN e Reativa sim não 5)Glicoproteína alfa 1 e alfa 2 sim não

2)ASLO sim não 4) Mucoproteína sim não 6)Urina Sim Não Fezes sim não

Outros Exames

1)RX de tórax sim não 3)Swaab orofaringe sim não

2)ECG sim não 4)Ecocardiograma sim não

Evolução do caso: **Encaminhado:** para residência para hospital

5.2 A CONSTRUÇÃO DO SISVAMA

1ª etapa: Foi feito contato com o coordenador do programa e Secretário de Saúde do Município de Guapimirim, assim como o prefeito em exercício para organização do cenário;

2ª etapa: Toda equipe da ESF (médicos, enfermeiros, ACS e coordenadores de equipe) recebeu um treinamento com objetivo de sensibilizar, orientar, discutir e treinar para preparar todo trabalho de campo. Este treinamento foi realizado no Auditório da Câmara Municipal de Guapimirim com carga horária de 8 horas;

3ª etapa: O trabalho foi autorizado pela comissão de ética e pesquisa da Universidade Estácio de Sá; com parecer nº 0149, projeto CAAE 3578.0.000.308-09 de 02-10-2009;

4ª etapa: Identificou a necessidade e quantidade do material a ser utilizado (pastas, papel, FNI, e outros);

5ª etapa: Foram elaboradas datas para revisão e avaliação das FNI nas USF de quinze em quinze dias pela pesquisadora;

6ª etapa: Foi realizada reunião com a equipe para acompanhamento do trabalho de campo a cada dois meses.

6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Realizou-se análise estatística descritiva através das estimativas de média e desvio padrão para as variáveis quantitativas. Foi utilizado o teste T para a comparação entre média.

Aplicou-se o teste Chi-quadrado para analisar associações entre variáveis categóricas, como comparações de proporções nas variáveis: identificação do paciente, dados demográficos, dados complementares, sinais e sintomas, outros sintomas, exames realizados e encaminhamento.

O nível de significância estatística foi de 0,05 e intervalo de confiança (IC) de 95%.

Para o desenvolvimento do banco de dados e para a análise estatística foi utilizado o programa EPI-INFO versão 3.5.1 (CDC, 2008).

7 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão de Ética da Universidade Estácio de Sá, com parecer nº 0149, projeto CAAE 3578.0.000.308-09 de 02 de outubro do ano de 2009.

Por se tratar somente de revisão bibliográfica e ficha de notificação sem procedimentos que possam causar riscos para integridade física e moral do paciente. Houve a necessidade da inclusão do termo de consentimento dos profissionais envolvidos, gestores e responsáveis pelo paciente.

A pesquisadora assinou o termo de compromisso para utilização das informações solicitadas.

8 JUSTIFICATIVA

A amidalite aguda e amidalite de repetição na infância representam um fator de risco conhecido para a FR em crianças e adultos jovens. Assim, o conhecimento sobre a sua incidência e sua caracterização epidemiológica pode agregar conhecimento sobre formas de prevenção de FR a partir da identificação de sub-populações de risco.

9 RESULTADOS

A pesquisa foi realizada nas Unidades de Saúde da Família no município de Guapimirim, município este localizado no estado do Rio de Janeiro.

Das notificações analisamos os seguintes bairros: Parada Modelo sendo o que mais notificou (59,3%), isso justifica por ser a USF mais próxima do Hospital Municipal de Guapimirim (HMG), seguida de outros bairros adjacentes próximos a Unidade de Saúde de Parada Modelo com (19,5%), Jardim Guapimirim (12,2%), Vale das Pedrinhas (5,7%) e Status (3,3%).

A tabela 1 apresenta as características demográficas dos pacientes e verifica-se que em relação ao sexo não houve uma diferença significativa, posto que o atendimento do sexo feminino foi de (51,6%) comparado ao sexo masculino que foi de (48,4%).

Em relação à idade foi subdividido por faixa etária e gerou: de 1 a 4 anos (12,9%), de 5 a 9 (29,4%), de 10 a 14 anos (39,8%) e de 15 a 18 anos (17,9%). Comparando os dados percebemos um aumento significativo nas crianças de 10 a 14 anos, sendo que não podemos deixar de observar que a idade que houve um aumento das infecções por amidalite aguda foi de 5 a 14 anos, dando um total de (69,2%).

No que se refere à raça\cor observou-se que a cor parda (47,1%) apresenta um valor mais elevado que a cor branca (32,2%), preta (19,8%), ou a cor amarela (0,8%).

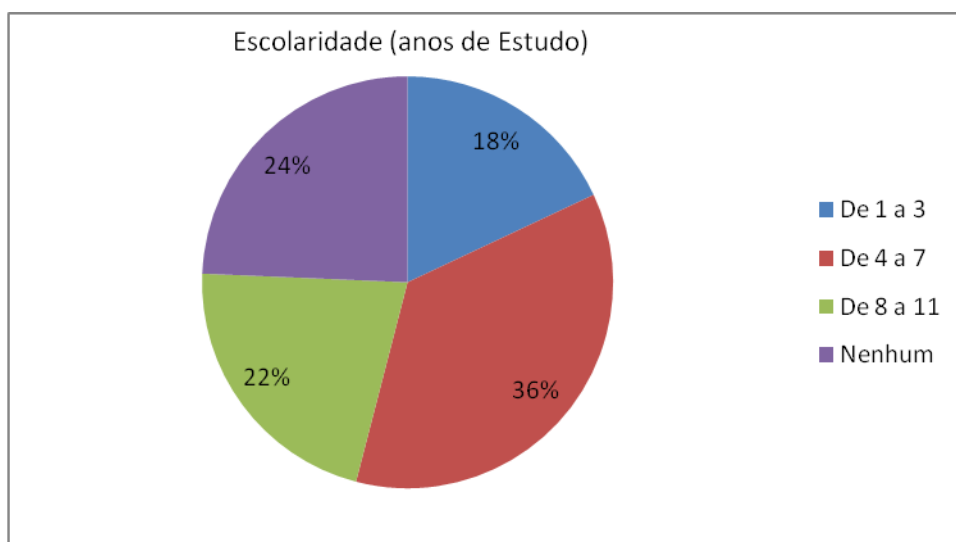
Em relação à escolaridade foi subdividido por ano de estudo: 1 a 3 anos\estudo (17,4%), de 4 a 7 anos\estudos (34,8%) e de 8 a 11 anos de estudo (20,8%) e ainda, as crianças que não estão no período escolar (24%). (Gráfico 1 – Tabela1)

Identificação e dados demográficos das crianças (n=121) – Tabela 2

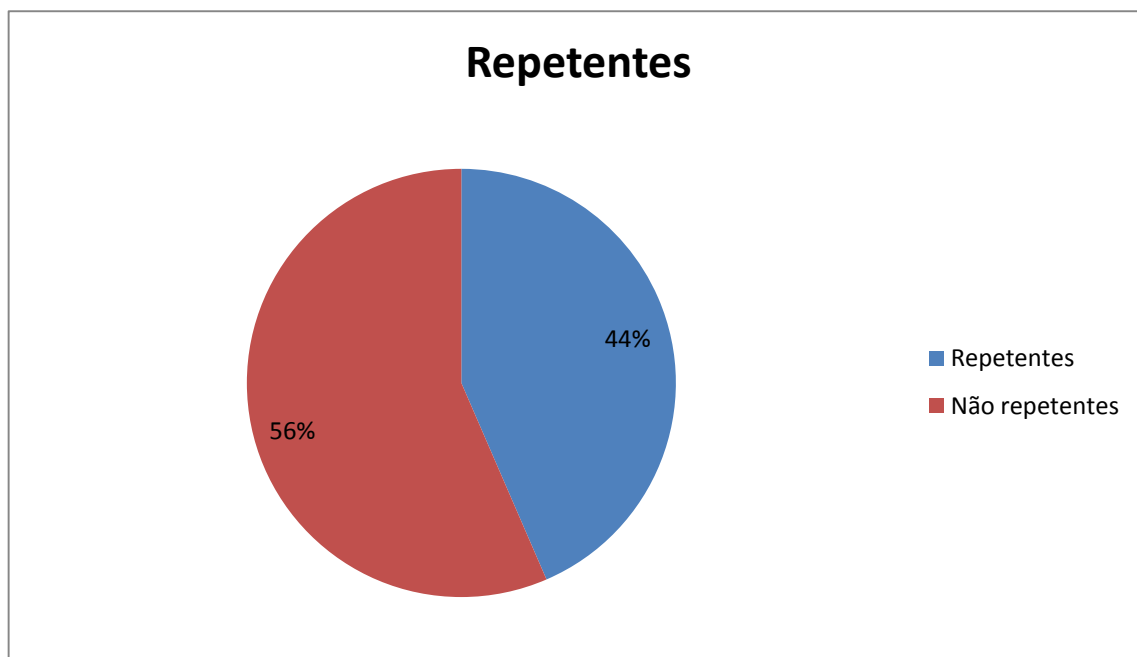
Identificação e dados demográficos			
Identificação\dados demográficos	Frequência de Observação (%)	Ignorado	Outros resultados
Idade	1 a 4 - 12,9 5 a 9 - 29,4 10 a 14 -39,8 15 a 18 -17,9		
Sexo	Feminino 51,6 Masculino 48,4		
Raça\cor	Amarela 0,8 Branca 32,2 Parda 47,1 Preta 19,8		
Escolaridade\anos de estudo	1 a 3 17,4 4 a 7 34,8 8 a 11 20,9 Nenhum 23,5		
Aproveitamento escolar (repetente)	44% Sim	Não 56%	
Município\Guapimirim	100,00		
Bairro	Jardim Guapimirim (12,2) Parada modelo		

	(59,3)		
	Status		
	(3,3)		
	Vale das Pedrinhas		
	(5,7)		
	Outros		
	(19,5)		

Em relação aos pacientes que estavam no período escolar, foi avaliado o aproveitamento considerando as crianças repetentes e as não repetentes. Neste gráfico observa-se que tal aproveitamento foi prejudicado quando se analisam o número de crianças repetentes (42,2%) comparadas as não repetentes (54,8%) (Gráfico 2).



Distribuição escolaridade das crianças por anos de estudo (n-121) – Gráfico 1



Distribuição dos pacientes avaliados no desenvolvimento escolar (repetentes) – Gráfico 2

Na tabela 3 foram analisados dados complementares das crianças notificadas. Esta análise demonstrou o percentual de números de famílias que recebem bolsa família (46,3).

Dados complementares das crianças notificadas (n=121) – Tabela 3

Dados Complementares			
Dados complementares	Frequência de Observação (%)	Ignorado	Outros resultados
Recebe bolsa família	46,3	53,7	
Renda Familiar\salário mínimo	1 - 70,3 2 a 3 - 28 4 a 5 - 1,7		
Número de cômodos da casa	1 a 4 - 53,4 5 a 9 - 46,6		

Número\ pessoas que vivem na mesma casa	2 a 4 - 49,6 5 a 8 - 50,4		Menor de 18 anos 1 a 2 – 19,0 % 3 a 5 – 63,0 % 6 a 8 – 18,0 %
Teve amidalite antes	85,2	14,8	Casos Sim\anos 1 a 3 - 42 % 4 a 8 - 58 %
Fez tratamento	73,8	26,2	
Penicilina Benzatina	37,4	53,3	9,3

A população residente em sua maioria tem renda familiar média baixa como se observa (Tabela 3).

A renda familiar foi subdividida em salários mínimos e observa-se que, das famílias notificadas, (70,3%) vivem com apenas um salário mínimo, (28%) vivem com 2 a 3 salários mínimos e apenas (1,7%) vivem com 4 a 5 salários mínimos(1,7%).

Observa-se ainda (Tabela 3) que a aglomeração de pessoas\cômodo favorece a proliferação de doenças quando subdividimos as moradias: de 1 a 4 cômodos é de (53,4%) , de 5 a 9 é de (46,6%) e, continuando a análise, observa-se também o número de pessoas que vivem na mesma casa, de 2 a 4 pessoas (49,6%) e de 5 a 8 pessoas (50,4%).

Desta forma, para a análise dos números de crianças menores de 18 anos se percebe uma aglomeração maior de 3 a 5 crianças (63%), seguida de 1 a 2 (19%) e 6 a 8 (18%).

Após a verificação dos números de cômodos, tipo de moradia e de aglomeração, observa-se o número de crianças que já tiveram amidalite aguda (85,2%), e de crianças que tiveram amidalite de repetição que foram submetidas por número de infecções\ano, 1 a 3 infecções\ano (42%), 4 a 8 (58%).

Dentro destas crianças que foram atendidas por amidalite aguda, (73,8%) fez tratamento, sendo que apenas (37,4%) com penicilina benzatina e (26,2%) com outros medicamentos.



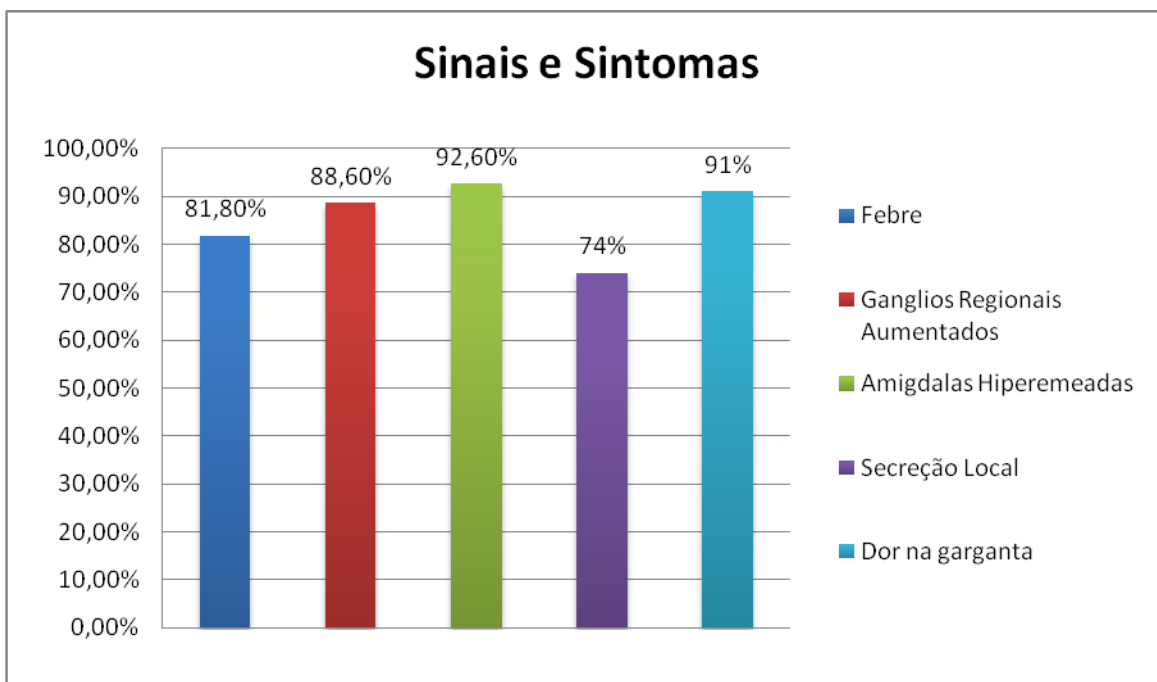
Distribuição das ocorrências das amidalites agudas recorrentes\ano. (n-121) – Gráfico 3

Na (tabela 3) são apresentados os dados informados pelo responsável legal do paciente e pelo exame físico realizado pelo médico responsável na unidade de saúde de notificação, vale ressaltar que a avaliação do médico foi fundamental para o diagnóstico da amidalite aguda.

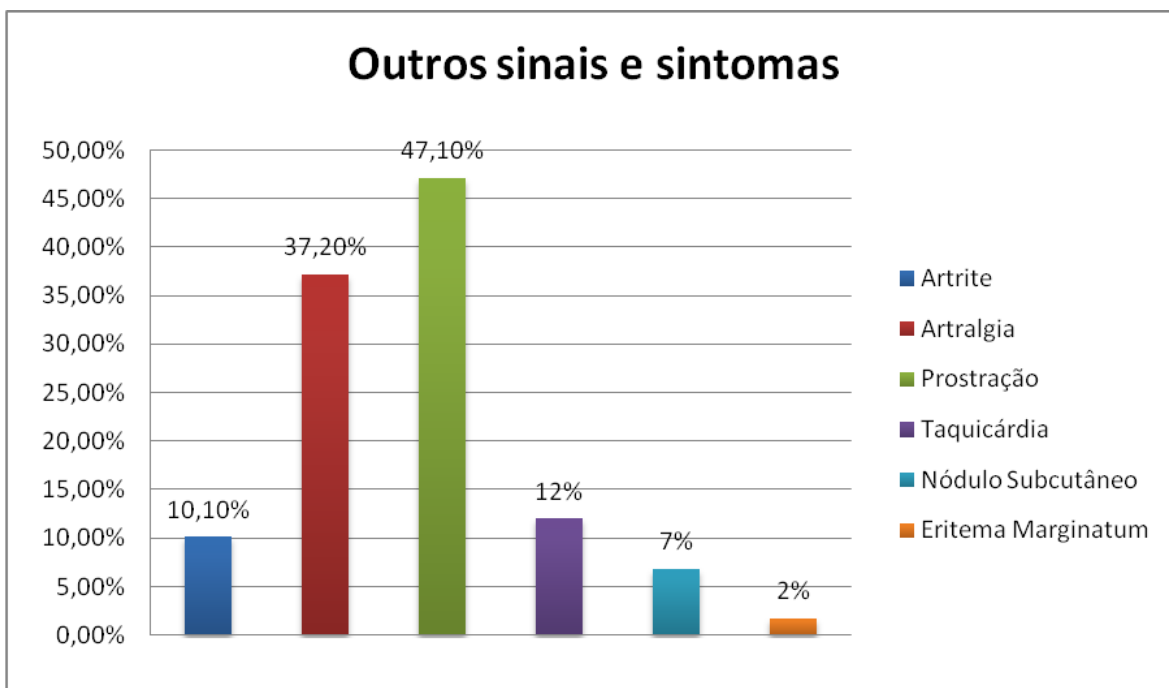
Entre as crianças notificadas com febre (81,8%), amídalas hiperemiadas (92,6%), dor na garganta (91%) gânglios regionais aumentados (88,6%), presença de secreção local (74%), prostração (47,1%), artralgia (37,2%), taquicardia (12%), artrite (10,1), nódulo subcutâneo (6,8%) e eritema marginatum (1,7%).

Sinais e sintomas das crianças notificadas (n=121) – Tabela 4

Sinais e Sintomas		
Sinal/Sintoma	Frequência de observação (%)	Ignorado(%)
Febre	81,8	0,8
Gânglios Regionais aumentados	88,6	2,4
Amígdalas hiperemiadas	92,6	1,6
Presença de secreção local	74	2,4
Artrite	10,1	8,4
Artralgia	37,2	3,3
Prostração	47,1	1,7
Taquicardia	12	2,6
Nódulo subcutâneo	6,8	5,9
Dor na garganta	91	0,8
Eritema marginatum	1,7	6,8



Distribuição dos sinais e sintomas das crianças notificadas com amigdalite aguda. – Gráfico 4



Outros sinais e sintomas – Gráfico 5

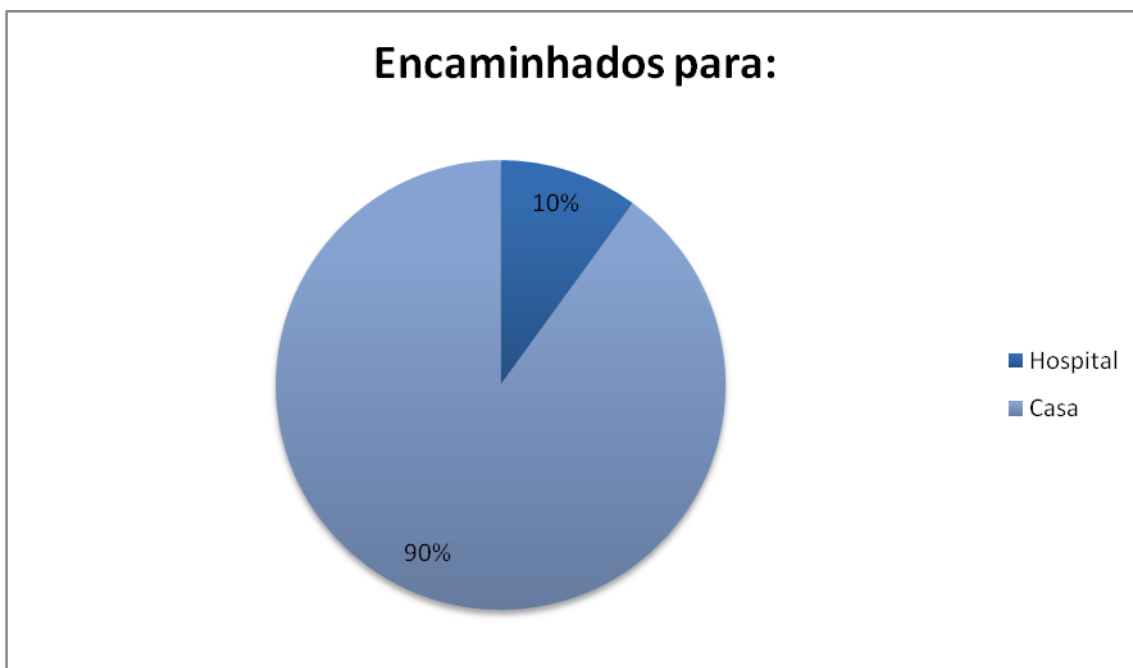
Em relação aos exames complementares apresentados (Tabela 5) das crianças antes e durante o episódio da amigdalite aguda, podemos afirmar que foi realizado hemograma

(91,1%), EAS (80,8%), ASLO (62,3%), VHS (62,8), mucoproteína (52,5%), Ptn C reativa (52,5%), fezes (52,1%), Rx de tórax (42%) glico ptn alfa 1 alfa 2 (35%), Swaab de orofaringe (25,2%), ecocardiograma (19%), fezes,ECG (11,6%).

Distribuição das crianças notificadas que realizaram exames complementares (n=121) – Tabela 5

Exames Complementares		
Exame	Frequência de solicitação (%)	Ignorado (%)
Hemograma	91,1	3,3
VHS	62,8	4,1
ASLO	62,3	4,1
Mucoproteína	52,5	10
Ecocardiograma	19	2,5
ECG	11,6	5
RX- de tórax	42	1,7
PCR	52,5	10
Glicoproteína alfa-1 e alfa2	35	13,3
EAS	80,8	9,2
Fezes	52,1	9,2
Swaab de orofaringe	25,2	2,4

Quanto ao destino dos pacientes: (10%) foram encaminhados para Hospital Municipal de Guapimirim e (90%) para residência.



Distribuição de encaminhamentos das crianças notificadas (n-121) - Gráfico 6

10 DISCUSSÃO

Este estudo tem como base a construção do Sistema para Vigilância das Amidalites Agudas (SISVAMA) em Crianças e Adolescentes no Âmbito da Atenção Primária à Saúde.

Seu objetivo é implantar um sistema de vigilância da amidalite aguda e amidalite recorrente em toda a rede municipal de saúde tal como na Atenção Básica de Saúde, no Centro Pediátrico e no Hospital Municipal de Guapimirim, posto que atualmente a porta de entrada das crianças e adolescentes jovens não está somente nas UBS.

Nos dias de hoje tanto o Centro Pediátrico Municipal, como O HMG são referências do município no atendimento ambulatorial e de emergência, considerando que grande parte das crianças no município é atendida nessas unidades.

Observamos ainda durante o estudo que o clima está diretamente relacionado à saúde, assim como as condições de vida e a qualidade de vida oferecida. Neste contexto, é demonstrado o favorecimento das doenças infecciosas oportunistas e das amidalites agudas e suas complicações.

A amidalite aguda é particularmente frequente em crianças e adolescentes jovens. A doença apresenta-se de forma súbita, fruto de uma infecção pontual e, na maioria dos casos, caso se proceda o tratamento adequado, desaparece entre cinco e sete dias.

No entanto, as consequências de uma amidalite não tratada podem ser muito graves: a FR e a cardiopatia reumática crônica (CRC) são algumas dessas consequências e, desta forma, a adequada profilaxia secundária, permite a diminuição dos gastos com a cirurgia cardíaca e com a reabilitação, além de proporcionar uma melhor qualidade de vida aos pacientes.

Sobre amigdalite recorrente:

A incidência\prevalência de dor na garganta recorrente é muito comum na infância e sua incidência é 100\1000 habitantes por ano (...). A amigdalite severa recorrente resulta em morbidade significativa, incluindo tempo perdido na escola ou no trabalho. A complicação mais comum da amigdalite aguda é o abscesso periamigdaliano (...). A FR é uma das complicações reconhecidas da amigdalite aguda associada ao estreptococo beta-hemolítico do grupo A.(...) podem ser prevenidas efetivamente em comunidades pelo uso de penicilina (WILLIAN- 2003).

Nota-se que a AA atinge um grande número de crianças e adolescentes jovens que estão em fase de formação e de desenvolvimento. Nos dados demográficos ficou claro que a faixa etária mais atingida é a de 5 a 14 anos de idade (69,2%), o sexo de maior prevalência o feminino (51,6%) comparado ao sexo masculino (48,4%) com valores pouco significativos. Ainda, a raça que obteve maior índice foi a parda (47,1%), comparada com a branca (32,2%).

Quanto ao sexo, há um discreto predomínio do feminino, em virtude da coréia que ocorre com maior frequência nas meninas.

Com relação à idade, é mais frequente dos 5 aos 15 anos, sendo raro o primeiro surto antes dos 3 anos e após aos 25 anos. (UNIFESP-2010)

Quanto à escolaridade por anos de estudo, prevaleceu de 4 a 11 anos\estudo, apresentando este um resultado já esperado, pois os alunos que possuem as infecções respiratórias perdem muitos dias de aula. Já o aproveitamento escolar (repetentes) apresentou (44%), valor considerado bastante representativo, comparando com os que nunca repetiram o ano (56%).

A prevalência da amigdalite esta diretamente proporcional às condições socioeconômicas e à eficiência dos programas de prevenção de saúde. Entende-se como condição socioeconômica adequada a presença, por exemplo, de sanitarismo, de moradia sem grande aglomeração de pessoas e ainda, renda familiar e escolaridade adequada.

No entanto, em relação à renda familiar, a pesquisa apresentou um número bastante representativo de famílias de baixa renda que vivem em média com 1 salário mínimo (70,3%),

comparados aos que recebem bolsa (46,3%). Estes dados esclarecem um índice de pobreza significativo.

Comparando-se o número de cômodos por casa: 1 a 4 cômodos (53,6%) e de 5 a 8 cômodos (46,6%), nota-se também um grau elevado de famílias que vivem aglomeradas, facilitando o aumento da incidência de várias doenças.

Em relação ao número de pessoas que vivem na mesma residência, prevaleceu de 5 a 8 pessoas por casa (50,4%) e de 2 a 4 pessoas por casa (49,6%).

Scottt Kahan (2011) afirma que “as crianças devem ser afastadas do contato com outras crianças por um período de até 24 horas após o início do tratamento”

Analizamos também o número de menores de 18 anos. A análise demonstrou que há cerca de 3 a 5 crianças por casa (63,0%) e ainda um grupo de baixa renda familiar que vive em casas pequenas e com considerável aglomeração familiar.

Através de números pode-se notar como já dito, que o quadro destas famílias de baixa renda e que vivem aglomeradas favorece a amidalite recorrente, onde o estudo mostra que (85,2%) já tiveram AA antes, sendo que o número de 4 a 8 casos por ano foi de (58%).

Desta maneira, durante seis meses de estudo, mais especificamente no período de 10 de outubro de 2009 a 10 de abril de 2010, realizaram-se 183 notificações com 121 crianças considerando que destas, 62 crianças, cerca de (34%), tiveram amidalite de repetição.

Observou-se também que as crianças com AA durante o surto e após o surto, apresentaram maior predisposição familiar de desenvolver a amidalite recorrente, seja por falta de tratamento adequado, ou mesmo por aglomerações, favorecendo assim o risco de complicações tais como a FR, como já citado.

Das 121 crianças notificadas (81,8%) apresentaram febre, gânglios aumentados (88,6%), amígdalas hiperemiadas (92,6%), presença de secreção local (74%), Artrite (10,1),

Artralgia (37,2%), prostração (47,1%), dor na garganta (91%), taquicardia (12%), nódulo subcutâneo (6,8%) e eritema marginado (1,7%).

Devem-se notar sinais e sintomas como: febre, dor na garganta, amídalas mais vermelhas do que a parede posterior da faringe, presença de secreção local purulenta, amídalas aumentadas de volume, gânglios regionais aumentados de volume e, embora estas sejam características de AA, considerou-se diagnóstico de AA em crianças e adolescentes que apresentaram na consulta médica três dos seis sintomas relacionados acima. Além disso, foram de grande significado para o diagnóstico precoce, facilitando tanto a interferência da qualidade de vida dessas crianças quanto o aproveitamento escolar.

O quadro clínico apresentado no estudo deixa claro o estado geral das crianças com AA: a febre, a dor na garganta e as amígdalas hiperemiadas; todos esses sintomas exacerbam o quadro infeccioso, facilitando o diagnóstico precoce das amigdalites agudas e recorrentes, que é rastreado através de exames laboratoriais, e facilitando também, de maneira complementar, o diagnóstico precoce da FR.

Sobre o diagnóstico:

O diagnóstico de amidalite aguda é primariamente clínico, tendo como principal interesse do médico diferenciar se a doença é viral ou bacteriana; essa informação tem relevância se uma prescrição de antibiótico (ABT) estiver sendo considerado (...) Há uma alta taxa de portadores assintomáticos, de até 40% para bacterianas potencialmente patogênicas como (EBHGA), e os resultados da bacteriologia Swaab pode ser irrelevante a flora mais profunda, que pode ser responsável pela infecção clínica. (WILLIAM – 2003)

Desta forma, pode-se reafirmar que o diagnóstico pode ser facilmente detectado pelos profissionais das UBS através de exames clínicos, laboratoriais e complementares apresentados em crianças antes e durante o episódio da AA.

Não obstante, pode-se afirmar que se realizou HC (91,1%), EAS (80,8%), ASLO (62,3%), VHS (62,8), mucoproteína (52,5%), PCR (52,5%), fezes (52,1%), Rx de tórax (42%) glicoproteína alfa 1 alfa 2 (35%), Swaab de orofaringe (25,2%), ecocardiograma

(19%), fezes, ECG (11,6%). Observa-se ainda a necessidade que o município ofereça pela rede suporte que os profissionais possam utilizar em caso de qualquer dúvida diagnóstica.

Demonstra-se, portanto, que o apoio da rede municipal de saúde facilita muito para o diagnóstico da AA e conseqüentemente o diagnóstico precoce da FR, melhorando a saúde e a qualidade de vida das crianças e adolescentes jovens infectadas pelo EBHGA.

Observa-se também que foram encaminhados para sua residência 90% das crianças, sendo apenas 10% encaminhadas para o hospital. Isto significa uma boa resolutividade das UBS assim como do tratamento realizado. Devemos, portanto, refletir apenas a falhas nas atividades de acompanhamento individual e coletivo assim como o acolhimento oferecido.

Relevante atentar para a necessidade da profilaxia através de medidas e intervenções sócio-educativas, tanto para os jovens como para suas famílias, pois é muito difícil que um paciente jovem e assintomático mantenha revisões médicas frequentes, contínua e o acolhimento individual e coletivo.

Nota-se que a maior perda de pacientes por complicações da doença ocorre imediatamente após a alta. Este achado pode ser atribuído a problemas relacionados às dificuldades para o retorno ambulatorial, à falta de capacitação dos profissionais de saúde, ou mesmo à falta de melhor compreensão da gravidade da infecção causada pela EBHGA, questão que tem como ser devidamente prevenida na importante informação à população como um todo.

A importância deste trabalho foi identificar a magnitude da falha na identificação e no controle das amigdalites agudas e das amigdalites recorrentes. Após estudo, sabe-se que evitando as complicações decorrentes, conseqüentemente diminuem-se os gastos em tratamentos e garante-se o bem estar do paciente.

Outra importante observação deste trabalho foi identificar a incidência de amigdalite aguda e amigdalite recorrente em crianças e adolescentes jovens de 02 a 18 anos de idade por

um período de 6 meses com um Sistema de Vigilância das Amidalites Agudas (SISVAMA), para notificação individual das crianças e adolescentes jovens que apresentavam sinais e sintomas de AA. Sobretudo identificar a falha no controle do sistema de saúde destas infecções oportunistas, a falha no diagnóstico precoce, considerando que o clínico responsável deve estar preparado para identificar a população de risco, assim como facilitar o acesso aos serviços de saúde, realizando consultas periódicas e o acompanhamento dos familiares assintomáticos, bem como dos não assintomáticos, com o objetivo de fazer uma busca dos contactantes, levando-se em consideração os fatores de risco sendo eles: situação sócio econômica , aglomeração, idade, sexo, tipo de moradia, entre outros.

11 CONCLUSÃO

Neste trabalho foram apresentados os resultados do estudo realizado ao longo de seis meses através de 183 notificações. Destas, participaram 121 crianças e adolescentes jovens utilizando-se para tanto uma ficha de notificação individual que é o SISVAMA.

De acordo com os resultados obtidos durante as análises, verificou-se que as amigdalites agudas e as amigdalites recorrentes estão diretamente proporcionais às condições socioeconômicas, às condições de moradia e à qualidade do atendimento, bem como à eficiência dos programas de prevenção oferecidos, que são valores importantes para a avaliação da qualidade de saúde da população.

Tais resultados evidenciaram a importância da implantação do SISVAMA nas UBS. Por essa razão, conclui-se que a implantação deste no sistema de saúde poderá gerar informações importantes para o controle e a prevenção das amigdalites agudas, amigdalites recorrentes e suas complicações como a FR.

Este sistema de informação, além da identificação, analisou: os dados demográficos, os tipos de tratamento, os exames laboratoriais e complementares, antecedentes, contactantes e, ainda, o tipo de encaminhamento.

Com essas informações, as UBS serão capazes de identificar, acompanhar e acolher todas as crianças e adolescentes com amigdalite aguda ou amigdalite recorrente.

Por último, destaca-se a necessidade do esclarecimento na proposta de educação permanente e continuada, a fim de facilitar a sensibilização dos profissionais de saúde e dos gestores, com objetivo de melhorar o acesso à assistência à saúde, e aumentar a cobertura da ESF, o que permitiria o estabelecimento de ações de intervenção e protocolos para prevenção da amigdalite aguda, da amigdalite recorrente e das suas complicações, a exemplo da febre reumática, considerando que hoje a FR é um problema de saúde pública no Brasil.

12 REREFÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ACHUTTTI, Aloyzio Ceculla ; POLANCZYK, Carísi Anne. Febre Reumática e Prevenção de Endocardite Infecciosa. In DUCAN, Bruce B.; SCHMIDT, Maria Inêz. **Medicina Ambulatorial: Conduas de atenção primária baseadas em evidências**. 3ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2006. 1374p

ADAMS, P. e M. Mylander. **Terapia do Amor**. Rio de Janeiro: Ed. Mondrian, 2002.

ALVANHAM, R. A. M. J. J. B. D. **Vigilância Epidemiológica: Bases da Saúde Coletiva**. Ministério da Saúde. 217 p.

ANDRADE, Manoela. **Direitos Fundamentais: conceito e evolução**. [2003]. Disponível em: <www.direitonet.com.br>. Acesso em: 16 abril de 2011.

ARGUEDAS, Moshs E. **Prevention of rheumatic fever in Costa Rica**. J Pediatric, 1992.

BICA, B. H. R. G. **Prevenção da febre reumática: O esclarecimento das vantagens do tratamento em dose única pelo médico é um importante fator na aceitação da medicação injetável**. Atualização em febre reumática. 2006.

BORGES, F.; BARBOSA, M. L. *et al.* **Clinical and Demographic Characteristics of 99 episodes os Rheumatic Fever in Acre the Bazilian Aazon**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2005. 84. P.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Conduas Médicas - Programa de Saúde da Família**. Brasília: DF. 2001. 212 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. D. Secretaria Executiva. **Informações Hospitalares**. DATASUS. Internet. 2003.

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. **Saúde da Família uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial**. Brasília: DF, 1998, V. 2.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: Uma Estratégia para Reorganização de Modelo Assistencial.** Brasília -1997- p 07, p11

CARNEIRO, E. F. **Eletrocardiograma.** Rio de Janeiro, 1977. 37- 93 p.

CARNEIRO, L. E. ; ACÊNCIO, E. D. S. L. *et al.* **Determinação de Anti-estreptolisina O e Proteína C reativa entre escolares do Município de Laranjal - PR.** Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, 2005.

CORDEIRO, H. **SUS - Sistema Único de Saúde.** Rio de Janeiro: Ed. Rio, 2 ed. 2005. 54 p.

CORDEIRO, H. **SUS - Sistema único de Saúde.** Rio de Janeiro: Ed. Rio, 2005. 69 p.

COSSERMELLI, W. **Terapêutica em Reumatologia.** São Paulo: Ed. Lemos, 2000. 23- 71 p. e 723 p.

CONSOPERJ. Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2006.

DECOURT, L. V. **Doença Reumática.** Internet. Acesso em : 06 novembro 2007.

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO. **Lei n 8.080 de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. P. D. República. Brasília, 1990.

DUNCAN, B. B. ; SCHMIDT, M. I. *et al.* Medicina Ambulatorial. **Condutas de atenção primária baseadas em evidências.** Porto Alegre: Artmed, 2006. 101 p.

ENGEL, C. L. **O Clínico e a Reumatologia.** Rio de Janeiro: Medlivros, 1999

FERREIRA, A. L. **Febre Reumática.**

GIANNINI, S. D., N. Forti. **Cardiologia Preventiva: Prevenção Primária e Secundária**. São Paulo: Atheneu, 2000. 343 -344 p.

GRACIANO, F. F. **Porque os pacientes não seguem adequadamente as orientações médicas?** 2007. Dissertação de Mestrado - UFMG. Belo Horizonte, 2004.

HILARIO, Moe; GOLDENBERG, Len. **Febre Reumática: Manifestações articulares atípicas**. Rev. Ass. Med. Brasil (1992). 214-6 p.

INFORME DE ATENÇÃO BÁSICA. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Atitude de Ampliação e acesso aos usuários do SUS, Ano VII, maio-junho, 2006. 1806 – 1192 p.

KAHAN, Antônio K. O . **Pediatria em uma página: Doenças Infecciosas**. Rio de Janeiro: Ed Guanabara, Seção 7, 2011. 99 p. e 101 p.

KRAKLIN, S.S. **Cuidados Paliativos: Diretrizes, Humanização e Alívio dos Sintomas**. São Paulo: Ed. Atheneu. Cap 2 , 2010. 19 p.

KISS, M. H. B. **Tratado de Clínica Médica: Febre Reumática**. São Paulo: Ed Roca, 2006. 1693-1695 p.

LIMA, A. B. R., M. Barros, *et al.* **Descrição dos indicadores sociais em adolescentes portadores de febre reumática**. Revista da SOCERJ, 2005. 18, 30-35. p.

MARANGONI, D. V. e Schechter Mauro. **Doenças infecciosas - Condutas Diagnóstica e Mcherrow, W. Evidência Clínica - Conciso, Amidalite**. São Paulo: Ed. Artmed. 2006.

MORAES, A. J. P., P. M. F. Soares, *et al.* **Aspectos da Gravidez e Pós-Parto de Adolescentes portadoras de Febre Reumática**, HC - FMUSP. Revista Associação Médica Brasileira; 2004; 50 (3): :2004. p. 293-295

MOREIRA, C. **Reumatologia:Diagnóstico e Tratamento**. Rio de Janeiro: Medsi, 2001. 548 p.

MOTA, C. C. M. **II Consenso Sobre Prevenção da Febre Reumática.** Grupo de Trabalho da Febre Reumática - SBP. Acesso em: 13 outubro 2007.

OLIVER, C. **Reumatic Fever - is it Stiel a Problem?** Journal of altimicrobial chemothepary. ano 45, 2000. 13 -21 p.

PIMENTA, A. L. **Saúde e Humanização:** A experiência de Chapecó. São Paulo: Ed. Hicitec. 2000. Portaria 156 de 19 de Janeiro. Brasília: DF, 2006. p. 116

ROSI, E. G. SOCESP. Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo. **Estenose da Valva Mítral. Correlações.** Clínico - Ecocardiográfico e Cirúrgicas. São Paulo: Atheneu. 626 p.

Reumatologia: Diagnóstico e Tratamento. Rio de Janeiro: Ed. Medsi. 2001. 14 p.

Reumatologia: Diagnóstico e Tratamento. Rio de Janeiro: Ed. Medsi. 2001. 16-17 e 550 – 551 p.

RODRIGUES, P.H.A. **Saúde e Cidadania:** Uma Visão Histórica e comparada do SUS. São Paulo: Ed Atheneu, 2009. 104 p.

SILVA, A. B. B. **Mentes com Medo:** Da compreensão à Superação. São Paulo: Ed. Integrare. 2006. p.13 – 14

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo.** 27 ed. São Paulo: Malheiros, 2006. 286 p.

STARFILELO, B. **Atenção Primária:** Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e Tecnologia Brasileira; UNESCO. Brasília: DF. Ministério da Saúde. 2002. p.195

SABISTON, D. C.; JUNIOR, M. D. **Tratado de Cirurgia:** As bases biológicas da Prática Cirúrgica Moderna. Rio de Janeiro: Ed. ABDR. , 1993. p.1932

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais.** 2ª ed. revista e atualizada. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Jurisdição e direitos fundamentais**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2005.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SAÚDE, M. D. **Guia de Vigilância Epidemiológica: Normas e Manuais Técnicos**. Série A Brasília: MS, 2006. 68 p.

TERAPÊUTICA. Rio de Janeiro: Ed Guanabara, 1994. 4 p.

SOUSA, M. F. **A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF**. Rev. Brasileira de Enfermagem. ABEn, Brasília (v.53, n.especial, 2000): saúde da família. v.53, n° especial) p. 25-30, dez. 2000.

TANAKA, A. C. S., P. R. Camargo, *et al.* SOCESP . **Cardiologia Atualização e Reciclagem**. São Paulo: Ed Atheneu, 1994.

TEIXEIRA, *et al* e A. M. D. Saúde. **Saúde no Brasil: Contribuições para Agenda de Prioridades de Pesquisa**. Brasília-DF. 2004

TRANCHESI, J. **Eletrocardiograma Normal e Patológico**. São Paulo: Ed Atheneu, 1975. 70 -71 p.

UNIFESP. Universidade Federal de São Paulo. **Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar da UNIFESP**.São Paulo: Ed Manole , 2010. Capítulo 28. 309 p.

XAVIER, R. M. D. A. ; MULLER, R. E. Instituto de Cardiologia de Laranjeiras - PREFERE: Programa de Prevenção da Febre Reumática. Apostila de Orientação para Prevenção da Febre Reumática. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2003.

XAVIER, R. M. D. A.; NOLASCO, M., *et al.* Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Cardiologia. Rio de Janeiro: Editorial Laranjeiras, 2004.

ANEXO 1

Universidade Estácio de Sá
Curso de Medicina
Comitê de Ética em Pesquisa
Rua Riachuelo, nº 27, 3º Andar, Lapa – RJ – Brasil

Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento (Para responsável pelo paciente)

Parabéns,

Você, responsável pelo paciente _____ está sendo convidado (a) a participar da pesquisa cujo título é: Um sistema para vigilância das amigdalites agudas (SISVAMA) em crianças e adolescentes no âmbito da atenção primária à saúde.

Sua participação é importante, mas não obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar, sabendo que sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com os profissionais, centro de saúde, ou qualidade no atendimento tanto para você quanto para o paciente.

O objetivo principal desta pesquisa é a taxa de incidência de Amigdalite Aguda em crianças com faixa etária de 2 a 18 anos de idade, a partir de notificações nas Estratégias de Saúde da Família em população adstrita no município de Guapimirim por um período de seis meses. Sua participação consistirá em fornecer, através de entrevista com os profissionais, alguns dados relativos ao atendimento na ESF.

Asseguramos que as informações obtidas nesta pesquisa serão confidenciais e garantimos o sigilo sobre sua participação. As informações serão manipuladas somente pelo grupo de pesquisadores. A divulgação das informações será anônima e em conjunto com as respostas de outras pessoas entrevistadas. Sua participação não envolve risco pessoal ou profissional e não será remunerada. Os dados coletados estarão colaborando para o planejamento de ações de intervenções na ESF.

Em caso de dúvidas, você poderá esclarecê-la através de contato telefônico com a pesquisadora responsável.

Lenir dos Santos Aguiar Ullmann
(Pesquisadora responsável)

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da participação do paciente citado acima e concordo com sua participação.

Ass. Entrevistado

Documento de Identificação

ANEXO 2

Universidade Estácio de Sá
Curso de Medicina
Comitê de Ética em Pesquisa
Rua Riachuelo, nº 27, 3º Andar, Lapa – RJ – Brasil

Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento (Médicos e Enfermeiros)

Você está convidado (a) a participar da pesquisa cujo título é: Um sistema para vigilância das amigdalites agudas (SISVAMA) em crianças e adolescentes no âmbito da atenção primária à saúde.

Você foi selecionado porque é um dos profissionais de saúde que atua na Estratégia de Saúde da Família. Sua participação é importante, mas não obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar, sabendo que sua recusa não terá nenhum prejuízo em sua relação com os profissionais, Secretarias de Saúde, ou com a Universidade Estácio de Sá.

O objetivo principal desta pesquisa é estimar a taxa de incidência de Amigdalite Aguda em crianças de 2 a 18 anos de idade, a partir das notificações das Estratégias de Saúde da Família em população adstrita, no município de Guapimirim – Rio de Janeiro por um período de seis meses. Sua participação consistirá em fornecer dados através de notificações durante o atendimento na Unidade Básica de Saúde.

Asseguramos que as informações obtidas nesta pesquisa serão confidenciais e garantimos o sigilo sobre sua participação. As informações serão manipuladas somente pelo grupo de pesquisadores. Sua participação não envolve risco pessoal ou profissional e não será remunerada. Os dados coletados estarão beneficiando o aprimoramento dos profissionais e a definir ações para melhorar a qualidade de vida das crianças desta faixa etária nesta comunidade.

Em caso de dúvidas, você poderá esclarecê-las através do contato telefônico com a pesquisadora responsável.

Lenir dos Santos Aguiar Ullmann
Pesquisadora

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Médicos, Enfermeiros e Coordenação da Estratégia de Saúde da Família.

ANEXO 3

Universidade Estácio de Sá
Curso de Medicina
Comitê de Ética em Pesquisa
Rua Riachuelo, nº 27, 3º Andar, Lapa – RJ – Brasil

Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento (Gestores)

Você, está convidado (a) a participar da pesquisa cujo título é: Um sistema para vigilância das amigdalites agudas (SISVAMA) em crianças e adolescentes no âmbito da atenção primária à saúde.

Você foi selecionado porque é um gestor da saúde que atua na Estratégia de Saúde da Família. Sua participação é importante, mas não obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar, sabendo que sua recusa não terá nenhum prejuízo em sua relação com os profissionais, Secretarias de Saúde, ou com a Universidade Estácio de Sá.

O objetivo principal desta pesquisa é estimar a taxa de incidência de Amigdalite Aguda em crianças de 2 a 18 anos de idade, a partir das notificações das Estratégias de Saúde da Família em população adstrita, no município de Guapimirim – Rio de Janeiro por um período de seis meses. Sua participação consistirá em fornecer dados através de notificações durante o atendimento na Unidade Básica de Saúde.

Asseguramos que as informações obtidas nesta pesquisa serão confidenciais e garantimos o sigilo sobre sua participação. As informações serão manipuladas somente pelo grupo de pesquisadores. Sua participação não envolve risco pessoal ou profissional e não será remunerada. Os dados coletados estarão beneficiando o aprimoramento dos profissionais e a definir ações para melhorar a qualidade de vida das crianças desta faixa etária nesta comunidade.

Em caso de dúvidas, você poderá esclarecê-las através do contato telefônico com a pesquisadora responsável.

Lenir dos Santos Aguiar Ullmann
Pesquisadora

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Prefeito e Secretários

