

EPIDEMIOLOGIA DAS DOENÇAS DIARREICAS AGUDAS NO CARIRI – CE

Israel de Lima Florentino israel_enfermagem@hotmail.com;
Universidade Regional do Cariri – URCA

Itallo Carvalho Gomes itallo.carvalho@bol.com.br;
Magaly Lima Mota magaly.lm@hotmail.com;
Maria Clhara Sousa Damacena enfermagem.clhara@gmail.com;
Faculdade Leão Sampaio

RESUMO

A diarreia aguda é caracterizada por alterações de volume, consistência e frequência das fezes, diferentemente do excesso de defecação ou massa fecal aumentada. É relativamente recente no país a prática da vigilância ambiental em saúde, nesse campo, a formulação e seleção de indicadores epidemiológicos constituem atividade essencial para representar os efeitos da insuficiência das ações de saúde. A Região do Cariri (CE) é conhecida pelos períodos chuvosos, juntamente com um sistema de saneamento básico precário, contribuindo para uma maior disseminação das Doenças Diarreicas Agudas (DDA's). O objetivo deste trabalho é avaliar dados para estabelecer critérios de desenvolvimento de programas e seus papéis, conhecer melhor o impacto das DDA's no Cariri e permitir a identificação de surtos/epidemias em curso. Trata-se de uma pesquisa quantitativa com base no DATASUS onde se obteve dados epidemiológicos do Cariri sobre a temática, juntamente com pesquisa bibliográfica na base de dados BVS. Registrou-se a necessidade de alocação de número de consultas médicas, número de profissionais e de insumos para o atendimento dessa população, especialmente das crianças. A incidência foi calculada considerando toda a população, embora se saiba que a de maior renda não procura as unidades de saúde públicas e que crianças maiores e adultos, muitas vezes, se automedicam, não comparecendo à unidade. Conclui-se que a implantação da Monitorização das Doenças Diarreicas Agudas (MDDA) pode contribuir para o controle das doenças e a importância dos estudos epidemiológicos para auxiliar nas medidas de prevenção, promoção e educação em saúde e mapeamento para utilização dos investimentos de infraestrutura.

Palavras-chave: Epidemiologia; Diarreia; Cariri.

INTRODUÇÃO

Como relata à segunda edição das normas e instruções da Monitorização das Doenças Diarreicas Agudas (MDDA) a diarreia aguda é uma síndrome clínica de diversas etiologias que se caracteriza por alterações do volume, consistência e frequência das fezes, a cada passo associada com a liquidez das fezes e o aumento no número de evacuações, sendo diferente de excesso de defecação ou massa fecal aumentada. Com grande constância de ser acompanhada de vômitos, febre, cólicas e dor abdominal (VRANJAC, 2008).

Cerca de dois milhões de crianças morrem a cada ano nos países subdesenvolvidos em consequência de doenças diarreicas, sendo a segunda maior causa de morte em crianças com menos de cinco anos de idade (FAÇANHA, 2001). Das doenças consideradas de veiculação hídrica, somente Cólera, Febre Tifoide e Hepatite são doenças de notificação obrigatória, de acordo com a Portaria Nº 1.100 do Ministério da Saúde, ficando assim, desconhecido o número de casos das demais doenças, como Gastroenterite, Verminoses, Diarreias Infecciosas, Esquistossomose, etc.

Em países desenvolvidos a frequência de quadros diarreicos em lactentes é de apenas 0,5 a 2 episódios/ano, enquanto que nas regiões em desenvolvimento pode chegar a 10 (FAÇANHA, 2001). É relativamente recente no país a prática da vigilância ambiental em saúde, sendo que a vigilância da qualidade da água para consumo humano, parte integrante da vigilância ambiental em saúde, ressurte-se de estudos e pesquisas que forneçam suporte científico à formulação de instrumentos para a prática de tal vigilância. Nesse campo, a formulação e seleção de indicadores epidemiológicos constituem atividade essencial para representar os efeitos da insuficiência das ações de saneamento sobre a saúde humana e, portanto, como ferramenta para a vigilância e orientação de programas e planos de alocação de recursos em saneamento.

A associação do aumento do índice de contaminação bacteriológica de águas de poços do lençol freático superficial está associada com as chuvas assim essa piora da qualidade da água estaria associada ao escoamento das águas da chuva carreando excretas humanas e animais, o uso dessa água não tratada aumentaria a frequência de diarreias no período chuvoso. “Os projetos de abastecimento de água e esgotamento sanitário podem influenciar um número amplo de variáveis relativas a doenças ou ao estado de saúde” segundo Briscoe et al, (1986, citado por COSTA et al, 2005, p. 119).

Como bem colocado por Costa et al (2005), a formulação e seleção de indicadores epidemiológicos constituem atividade essencial para representar os efeitos da insuficiência das ações de saneamento sobre a saúde humana e, portanto, como ferramenta para a vigilância e orientação de programas e planos de alocação de recursos em saneamento. Os reservatórios comprovados são o homem e o ambiente aquático.

A doença mantém-se através do ciclo de transmissão homem–meio ambiente–homem. Alguns animais que vivem em locais contaminados têm sido encontrados albergando o microrganismo e expelindo-o passivamente, mas não existem provas de que constituam reservatórios reais. Todavia, recentes observações sugerem que certas plantas aquáticas e frutos do mar (crustáceos e bivalves) talvez desempenhem papel de reservatórios e tenham sido responsáveis por surtos autóctones ocorridos nos Estados Unidos e na Austrália. São fontes de infecção os doentes no período de incubação, na fase das manifestações clínicas e na convalescença, bem como os portadores assintomáticos. Os bacilos são eliminados pelas fezes e pelo vômito. Quanto aos doentes, estes são importantes como fontes de infecção, tanto os que apresentam a forma grave da doença como os que apresentam as formas oligossintomáticas, que passam facilmente despercebidas. Mais de 90% dos casos de cólera correspondem às formas leves e moderadas, tornando difícil distingui-los de outros casos relacionados às doenças diarreicas agudas.

A Região do Cariri é conhecida pelos períodos chuvosos quase que regulares, assim juntamente com um sistema de saneamento básico precário, vem contribuindo para uma maior disseminação das DDA's. O DATASUS disponibiliza informações que podem servir para subsidiar análises objetivas da situação sanitária, tomadas de decisão baseadas em evidências e elaboração de programas de ações de saúde disponibilizando o registro sistemático de dados de morbidade, incapacidade, acesso a serviços, qualidade da atenção, condições de vida e fatores ambientais passaram a serem métricas utilizadas na construção de Indicadores de Saúde, que se traduzem em informação relevante para a quantificação e a avaliação das informações em saúde. Nesta base de dados também são encontradas informações sobre Assistência à Saúde da população, os cadastros (Rede Assistencial) das redes hospitalares e ambulatoriais, o cadastro dos estabelecimentos de saúde, além de informações sobre recursos financeiros e informações Demográficas e Socioeconômicas.

Este trabalho relata a avaliação de dados para estabelecer mais precisamente os critérios de desenvolvimento de programas e seus papéis, o que deve possibilitar conhecer melhor o impacto das Doenças Diarreicas Agudas DDA's na Região do Cariri - CE, permitir a identificação de surtos e de epidemias em curso.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa quantitativa com base no DATASUS do Ministério da Saúde (MS) realizado no mês de maio de 2013 onde se obteve os números de internações, dias de permanência, média de permanência, óbitos e taxa de mortalidade dentre todas as idades por diarreias e gastroenterite com origem de infecção presumível, doenças infecciosas e parasitárias do aparelho digestivo, Cólera, Shigelose, Febre Tifoide e Paratifoide e Amebíase na Região do Cariri – CE, entre os meses de janeiro de 2011 a fevereiro de 2013, também foi feita uma pesquisa bibliográfica na base de dados BVS no dia 4 de maio de 2013, para subsidiar informações acerca desta temática, onde foram encontrados 71 arquivos para doenças diarreicas agudas, onde 24 era texto completo com apenas 13 em português.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi possível identificar registros de 3.376 internações por DDA's no período de janeiro de 2011 a fevereiro de 2013, com destaque para o município de Crato, apresentando 1.153 casos. O total das internações resultou em 13.779 dias de permanência, ou seja, uma média de permanência de 4,1 dias onde o Crato foi o município com a maior média (4,9 dias), o número total de óbitos chegou a 19, com o Crato liderando este ranking com 10 óbitos. A taxa de mortalidade ficou em 0,56%, mas o município de Cariri apresentou a taxa de 2,33%.

Todos os casos de Cólera (14 registros) ocorreram na cidade de Barbalha, o que ocasionou 50 dias de internação com uma média de 3,6 dias onde não resultou em nenhum óbito. Os registros de Febre Tifoide e Paratifoide foram apenas dois (02), Juazeiro do Norte e Barbalha, cada um com um, sem nenhum óbito, mas com uma média de permanência de 19 dias, 25 neste e 19 naquele (média de 19 dias de internação).

Somente um único caso de Shigelose ocorreu no Cariri, na cidade de Farias Brito, com dois dias de internação, o que não ocasionou óbito. A amebíase ocasionou 13 casos de internação nesta cidade e mais quatro (04) em Juazeiro do Norte, totalizando 17 casos com 58 dias de permanência (média de 3,4 dias), também não apresentou óbitos.

Foram contabilizados também os casos de Diarreia e Gastroenterite de origem infecciosa presumível perfazendo 1.377 internações, com Crato comandando um total de 523 acompanhado por Barbalha com 412 e Jardim com 325, os dias de permanência totalizou

5.476 (média de 04 dias de internação), houve oito (08) óbitos (taxa de mortalidade de 0,58%), Juazeiro do Norte apresentou uma taxa de mortalidade de 2,86%.

Outras infecções intestinais foram registradas com 1.965 internações, 8.155 dias de permanência com uma média de 4,2 dias e 11 óbitos, taxa de mortalidade 0,56. Crato lidera com 630 internações ao lado de Juazeiro do Norte com 586, mas é Barbalha que apresenta maior taxa de mortalidade, 3,33%.

Os dados obtidos revelam falha na identificação e/ou registro das DDA's, pois o número de internações por Diarreia e Gastroenterites infecciosas e outras doenças infecciosas intestinais (3.342), total que foi muito maior que os casos de diagnósticos fechados de Cólera, Shigelose, Febre Tifoide e Paratifoide e Amebíase (total de 34).

A relação entre DDA's e a veiculação hídrica fica muito clara quando se observa o número de internações totais em comparação com as do município de Crato, pois este apresenta 34,2% destes, com 52% de todos os óbitos, este município é alvo de várias manifestações com relação ao canal do Rio Granjeiro, que a cada período chuvoso ocasiona alagamentos na cidade, causando surtos de DDA's.

A cidade de Barbalha foi a única que apresentou casos de cólera, refletindo a qualidade de água tratada do município, e a falta de cobertura pela vacina da cólera que não está no calendário do SUS, A proteção conferida pela vacina contra a cólera é de 80% nos primeiros 6 meses para todas as faixas etárias, e 63% por 3 anos para crianças acima de 6 anos de idade, mas mesmo assim o Programa Nacional de Imunização do Ministério da Saúde não recomenda a vacinação contra cólera, alegando que as vacinas disponíveis apresentam baixa eficácia e curta duração da imunidade. No entanto, existem situações particulares em que o MS recomenda a utilização da vacina (Brasil, 2010).

O município de Farias Brito mostrou que é ainda uma cidade acometida por casos de Amebíase, o que exige uma maior atenção da Secretaria Municipal de Saúde para mapear e investigar os focos e os meios de disseminação a qual está sendo veiculada como a má qualidade da água ou a plantação de frutas e verduras indevidas, visto que a resistência dos cistos deste protozoário é muito grande (30 dias em água e 12 em fezes). As DDA's mostraram-se não letais, ou seja, baixa taxa de mortalidade se tiver um acompanhamento adequado das suas complicações, não causando maiores problemas, sendo permitido o tratamento com Terapia de Reidratação Oral (TRO) ou até mesmo Soro Caseiro, muitas vezes não sendo necessária a internação.

Apesar da grandeza dos números informados, existe a limitação da falta de universalidade, quando dados são analisados com base em procura espontânea dos serviços de saúde 11. Ainda há subnotificação, os casos de diarreias atendidos em clínicas e consultórios particulares não são comunicados, o que sugere que essa não deve ser a única fonte de informação sobre a ocorrência de diarreias a ser utilizada numa área com esses problemas de subnotificação e ainda mais porque é uma doença autolimitada. Com esse montante de casos informados, há necessidade de alocação de número de consultas médicas, número de profissionais e de insumos para o atendimento dessa população, especialmente das crianças menores, que superlotam as unidades de saúde e emergências. A incidência foi calculada considerando toda a população, embora se saiba que a de maior renda não procura as unidades de saúde públicas e que crianças maiores e adultos, muitas vezes, se automedicam, não comparecendo à unidade de saúde.

CONCLUSÕES

Com base nos dados coletados pode ser concluído que a implantação do MDDA nos municípios contribui muito para o controle das doenças citadas neste artigo, mas o gestor

municipal deve lembrar que a implantação de MDDA deverá sempre se dar em serviço de saúde que seja capaz de espelhar o que realmente está ocorrendo com a saúde dos moradores em cada área geográfica. As unidades de saúde devem representar às várias situações da população em seus municípios segundo os seguintes aspectos: socioeconômicos, demográficos, condições de vida e saúde das distintas áreas geográficas do município, isto é, refletir os bairros de melhores e piores condições, as áreas urbanas e rurais, as centrais e periféricas, as diversas faixas de renda, entre outros aspectos.

O trabalho mostra ainda que existe deficiência bibliográfica, apesar da importância dos estudos epidemiológicos para auxiliar nas medidas de prevenção, promoção e educação em saúde bem como servir de mapeamento para utilização dos investimentos de infraestrutura, como já dito antes, as DDA's estão em íntima relação com a falta de saneamento básico e má qualidade da água, mostrando que estas doenças são esquecidas por pertencer principalmente a uma classe social igualmente esquecida.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. DataSUS: informações de saúde. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/nice.def>>. Acesso em: 03maio. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual integrado de vigilância epidemiológica da Cólera. 2.ed. Brasília-DF, 2010.

COSTA, Silvano Silvério da. Indicadores Epidemiológicos Aplicáveis a Estudos sobre a Associação entre Saneamento e Saúde de Base Municipal. 14 fev. 2005 Vol.10, n. 2.

FAÇANHA, Mônica Cardoso; PINHEIRO, AlicemariaCiarlini. Comportamento das doenças diarreicas agudas em serviços de saúde de Fortaleza. Ceará, Brasil, 1996-2001.

SILVA, Sara Ramos da; AGUIAR, Marluce Martins de; HATAB, Maria do Carmo Lopes Diniz. Resultados da Monitorização das Doenças Diarreicas Agudas no Espírito Santo. Brasil, 1999.

VRANJAC, Alexandre. Monitorização das Doenças Diarreicas Agudas: Normas e Instruções. 2.ed. São Paulo, 2008.