

TÉTANO NA POPULAÇÃO GERIÁTRICA: PROBLEMÁTICA DA SAÚDE COLETIVA?¹

Lorita Marlina Freitag Pagliuca²

Aline R. Feitoza³

Alexsandra R. Feijão³

Pagliuca LMF, Feitoza AR, Feijão AR. Tétano na população geriátrica: problemática da saúde coletiva? Rev Latino-am Enfermagem 2001 novembro-dezembro; 9(6):69-75.

O tétano é uma doença infecciosa, não contagiosa, causada pelo bacilo Clostridium tetani que penetra no organismo através de ferimento. A disfunção psicomotora facilita acidentes entre os idosos e a cobertura vacinal é baixa nesta população contribuindo para letalidade alta. Este estudo tem como objetivo refletir sobre a situação do homem idoso, com relação ao tétano, dentro da perspectiva da Saúde Coletiva. Trata-se de Estudo de Caso realizado com dois pacientes idosos, do sexo masculino, portadores de tétano acidental, internados num hospital do município de Fortaleza. A coleta de dados se deu entre março e abril de 1998. A análise mostra a ausência de cobertura vacinal e da implantação da profilaxia de emergência. Os dois pacientes evoluíram para óbito confirmando alta mortalidade por tétano entre este grupo etário. A reflexão crítica aponta para urgência de abordagem de saúde coletiva.

DESCRITORES: tétano, população, idoso

TETANUS IN THE GERIATRIC POPULATION: IS THIS A COLLECTIVE HEALTH PROBLEM?

Tetanus is an infectious non-contagious disease caused by the bacillus Clostridium tetani, which penetrates in the organism through wounds. Psychomotor dysfunction facilitates accidents among elderly people and vaccinal coverage is low in this population, thus contributing to high lethality. This study aimed at reflecting on the situation faced by elderly people in relation to tetanus in the perspective of Collective Health. It is a Case Study conducted with two elderly males who had accidental tetanus and were hospitalized in a hospital in the municipality of Fortaleza. Data collection took place from March to April, 1998. The analysis showed the absence of vaccinal coverage as well as of the implementation of emergency prophylaxis. The two patients' conditions developed to death, which confirmed the high mortality due to tetanus in this age group. The critical reflection pointed out the urgency of a collective health approach.

KEY WORDS: tetanus, population, elderly

TÉTANO EN LA POBLACIÓN GERIÁTRICA: PROBLEMÁTICA DE LA SALUD COLECTIVA?

El tétano es una enfermedad infecciosa, no contagiosa, causada por el bacilo Clostridium Tetani que penetra en el organismo a través de una herida. El disturbio psicomotor facilita accidentes entre las personas mayores y la protección por vacunas en esta población es baja, lo que contribuye para un alto índice de mortalidad. Este estudio tiene como objetivo la reflexión sobre la situación del adulto mayor, con relación al tétano, dentro de la perspectiva de la Salud Colectiva. Se trata de un estudio de caso con dos pacientes ancianos, del sexo masculino, portadores del tétano acidental, internados en un hospital del municipio de Fortaleza. La recolección de datos se hizo entre marzo y abril de 1998. El análisis muestra la ausencia de cobertura de la vacuna y de una implementación de profilaxis de emergencia. Los dos pacientes fallecieron, lo que confirma la alta mortalidad por el tétano en este grupo de edad. La reflexión crítica, denota la urgencia de un abordaje desde la salud colectiva.

DESCRIPTORES: tétano, población, adultos mayores

¹ Trabalho realizado na disciplina de Enfermagem em Doenças Transmissíveis, Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, 1998. Premiado na Semana Brasileira de Enfermagem/ABEn/Ceará, ² Enfermeiro, Professor Titular da Universidade Federal do Ceará, e-mail: pagliuca@ufc.br; ³ Enfermeiros, Mestrandos em Enfermagem em Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará

INTRODUÇÃO

O tétano é uma doença infecciosa, não contagiosa, causada por um bacilo denominado *Clostridium tetani*, que produz uma exotoxina chamada tetanosspasmina, capaz de atingir o Sistema Nervoso Central após entrar na corrente sangüínea. Para que este bacilo penetre no organismo é necessário que haja uma porta de entrada, seja ela um ferimento leve ou grave. O *Clostridium tetani* está presente e livre no meio ambiente, juntamente com poeira, areia, excrementos, objetos enferrujados, instrumentos cirúrgicos não esterilizados e outros.

A palavra tétano vem do verbo grego *teinein* e quer dizer distender, esticar, estirar. No latim *tetanus* é traduzido como rigidez de um membro, contração espasmódica dos músculos do corpo. O período de incubação do bacilo do tétano varia entre 3 e 20 dias, a infecção tende a ser mais grave quando os sintomas surgem poucos dias após a exposição, quando a porta de entrada situa-se próximo ao sistema nervoso central, quando não há história vacinal anterior⁽¹⁾.

O tétano não tem um diagnóstico laboratorial, sendo este reconhecido apenas pelos sintomas que aparecem com o decorrer da doença, dentre eles as contraturas, e sua gravidade já era conhecida desde a antiguidade quando Hipócrates já dizia que *todo espasmo que se segue a um ferimento é mortal*. Na literatura isso se explica porque "quando liberada para dentro da corrente sangüínea, a tetanosspasmina adere a terminações periféricas, principalmente dos neurônios motores, dirigindo-se então ao longo dos nervos até os corpos celulares de origem situados no SNC, porém sem afetar sua função. Apenas quando penetram nas terminações pré-sinápticas dos interneurônios medulares inibitórios é que irão aparecer os sinais de tétano. Resulta um aumento no tônus muscular, dando origem as contrações espásticas características da doença"⁽²⁾.

O primeiro sinal clássico do tétano é o trismo, que é a contratura dos músculos masséters, sendo evidenciada nos pacientes como uma dificuldade de abrir a boca. Posteriormente observam-se outros sinais como dificuldade de deglutição e modificação da voz. Esse sintoma característico deu à doença o nome comum de *mandíbula trincada*. Os espasmos dos músculos faciais produzem um riso deformado (*riso sardônico*) que é característico da doença e persiste mesmo durante a convalescença⁽³⁾.

Com a generalização da doença podemos observar rigidez abdominal acompanhada de saliência dos músculos torácicos contraídos e diminuição da amplitude dos movimentos respiratórios. São observados ainda contraturas nos membros, e conseqüente opistótono (posição em que o paciente fica apoiado somente sobre a cabeça e os calcanhares), o que vem a fechar o quadro clínico que possibilita o diagnóstico do tétano.

As complicações e a letalidade da doença devem-se

principalmente à falência do sistema respiratório, por isso é importante manter a ventilação do paciente, seja através de traqueostomia e de auxílio de ventiladores.

A enfermagem tem papel fundamental na prevenção de complicações no tétano, visando "diminuir o risco de letalidade desses pacientes (...) atenção especial deve ser dedicada a supervisão da permeabilidade das vias respiratórias para detectar-se a qualquer momento os sinais clínicos de obstrução (...) cabe a enfermeira realizar, sempre que necessário, as aspirações traqueobrônquicas com todos os cuidados para evitar espasmos e acidentes reflexos, assim como a infecção das vias respiratórias"⁽⁴⁾.

Há uma divergência na literatura no que diz respeito a incidência do tétano⁽³⁻⁴⁾, pois de acordo com o primeiro autor, ela é maior entre os grupos de baixa renda (que freqüentemente não foram imunizados), entre mulheres e idosos que não foram imunizados quando crianças ou que perderam sua imunidade; já o segundo diz que trata-se de doença endêmica nas regiões subdesenvolvidas onde representa grave problema de saúde pública, atingindo, de preferência, as crianças e adolescentes das camadas populacionais de baixa renda e de instrução deficiente.

O tétano pode ser caracterizado como risco ocupacional de categorias específicas de trabalhadores, dentre estes destacam-se os da indústria da construção civil que são encaminhados regularmente para a vacinação. A preocupação com estes trabalhadores extrapola as questões de saúde haja visto que, nestes casos, o tétano associa-se a acidente de trabalho, onerando a empresa com o tratamento e indenizações. Lembramos que esta população é formada essencialmente por indivíduos, que não estão incluídos nos programas regulares de imunização.

O programa de vacinação antitetânica tem privilegiado o controle do tétano neonatal, e a mulher em período reprodutivo acaba sendo beneficiada, pois é vacinada com a finalidade de proteger a criança. Segundo os Informes Epidemiológicos do SUS⁽⁵⁾ a comparação dos casos notificados entre janeiro e dezembro de 1998 mostra 434 casos de tétano acidental e 66 de tétano neonatal no Brasil, comprovando os acertos do programa de vacinação dirigidos à criança, mas deixando evidente, por outro lado, a baixa cobertura vacinal ao adulto e, em particular, podemos inferir, o idoso já que este não é sequer considerado grupo de risco ocupacional. Assim a população masculina se torna mais exposta ao risco de infecção pelo *Clostridium tetani* por não estar incluída nos programas e campanhas de imunização. A vacinação aos homens restringe-se a situações específicas de classes trabalhadoras, com relativa proteção ao adulto; quando este adentra na velhice fica excluído dos programas preventivos, o mesmo acontecendo com a mulher que deixou de procriar devido à idade.

Frente ao exposto, pode-se perceber que a pessoa idosa

está em situação de risco de exposição ao tétano pela baixa cobertura vacinal somado à diminuição da resposta imunológica própria do processo de envelhecimento. Com o passar da idade, o ser humano vai perdendo outras capacidades, dentre elas a psicomotora, com isso o indivíduo idoso está mais propenso a acidentes, dos quais poderão advir soluções de continuidade na pele permitindo a exposição ao *Clostridium tetani*. As percepções de espaço são definidas pelos sentidos de uma pessoa e, nos idosos, há uma redução nesta capacidade. Dessa maneira, o contato sensorial dos idosos com o ambiente fica diminuído, podendo haver aumento de acidentes em seu ambiente. Um lar que era seguro e em bom estado quando a pessoa estava na idade madura, agora pode exigir certas modificações e mudanças para compensar as capacidades em declínio do envelhecimento. Da mesma forma atividades que eram desempenhadas com presteza pelo adulto, podem se transformar em situação de risco para o idoso⁽⁶⁾.

Segundo os Informes Epidemiológicos do SUS⁽⁵⁾ o Estado do Ceará notificou 71 casos de tétano acidental e 11 de neonatal no ano de 1998. Os dados da Secretaria da Saúde do Estado, disponíveis no sistema informatizado, confirmam 54 casos de tétano acidental no mesmo período. Destes pacientes, 47 eram homens e sete mulheres, confirmando que os homens estão mais sujeitos a doença. A distribuição em relação a faixa etária mostra 5 (3 a 19 anos), 23 (20 a 39 anos), 15 (40 a 59 anos) e 11 (de 60 ou mais anos). A evolução para óbito aumenta com a faixa etária, a saber, um óbito na faixa de 20 a 39 anos, três óbitos entre 40 e 59 anos e cinco nos pacientes com 60 ou mais anos.

Toda essa problemática nos remete a uma reflexão sobre a deficiência da saúde pública no que condiz a imunização da população sem distinção entre sexo ou idade, situação de trabalho ou não, pois a proteção imunológica advinda da vacinação deve ser mantida ao longo da vida.

Sensibilizadas com estas questões resolvemos realizar este estudo, que se propõe refletir sobre o idoso do sexo masculino acometido de tétano. A análise da problemática suscitou os **objetivos** de estudar (1) a forma de exposição ao *Clostridium tetani* em pacientes idosos masculinos e (2) a problemática da saúde coletiva no que diz respeito a cobertura vacinal anti tetânica e medidas de profilaxia emergencial dirigidas à população idosa.

MÉTODOS

Trata-se de um Estudo de Caso, que segundo a literatura é uma investigação em profundidade de uma pessoa, grupo, instituição ou comunidade onde tenta-se analisar e compreender um fato ou fenômeno⁽⁷⁾. O Estudo de Caso é de natureza qualitativa e foi

descrita como uma abordagem holística, ou seja, preocupada com os indivíduos e seu ambiente, em toda a sua complexidade, naturalista, sem qualquer limitação ou controle imposto ao pesquisador⁽⁸⁾. Pode incluir o estudo do desenvolvimento ou do cuidado dispensado ao indivíduo ou a seus problemas.

A coleta de dados foi realizada durante os meses de março e abril de 1998, com dois pacientes idosos do sexo masculino, admitidos num hospital de referência em doenças infecciosas, no município de Fortaleza, portadores de tétano acidental. Escolheram-se esses dois casos por terem sido os únicos internados neste período. Os nomes dos pacientes foram modificados a fim de preservar-lhes a privacidade.

Foram realizadas leituras dos prontuários dos pacientes, registro de dados para posterior análise e aplicação de histórico de enfermagem, adaptado pelas autoras para o paciente com doença infecto-contagiosa. Os pacientes foram assistidos pelas autoras nos dias de estágio da disciplina de Enfermagem em Doenças Transmissíveis e, nos dias restantes, suas evoluções foram acompanhadas pelos prontuários. O projeto de investigação foi avaliado pelo Comitê de Ética da instituição e, aprovado por não apresentar riscos ao ser humano.

A apresentação dos dados compreende a síntese da descrição das histórias e das evoluções. A análise dos dados foi feita na perspectiva da assistência ao idoso exposto ao *Clostridium tetani* como uma questão de saúde coletiva, dentro de uma visão crítica do problema da prevenção imunológica ativa e passiva.

APRESENTAÇÃO DOS HISTÓRICOS E EVOLUÇÕES

Apresenta-se, a seguir, o resumo das histórias e das evoluções dos dois pacientes que compuseram a amostra deste estudo de caso. O conteúdo selecionado para apresentação privilegia aspectos relacionados ao idoso, a forma de contaminação e, as falhas na prevenção.

Caso n.º 01:

Histórico

Antônio, 77 anos, casado, residente em Fortaleza, foi admitido neste hospital, no dia 02/02/98, queixando-se de "dor na nuca", sendo diagnosticado tétano acidental. A família revela que há 22 dias sofreu um tombo (caiu de cima da casa), tendo sido levado a um hospital de emergência nesta mesma cidade, onde foi feita rafia da lesão e estudo radiológico do crânio, o qual foi "normal". A partir de então vem referindo dor na região da nuca com irradiação para o dorso, tem dificuldade para se alimentar, pois não consegue abrir a boca (trismo). Nega febre, vômitos e diarreia. Refere dor torácica, dificuldade para

respirar e deambular. Nega tuberculose, asma, hipertensão arterial e diabetes. Refere cirurgia com enucleação do olho direito há 3 anos. Família não sabe informar história vacinal.

Evolução

Antônio deu entrada no hospital em cadeira de rodas, parcialmente orientado (dificuldade de orientação quanto ao tempo e espaço), eupnéico, moderadamente hipertônico, em hidratação venosa, referindo dor nos membros inferiores. Recebeu o esquema de soro antitetânico e a primeira dose da vacina, fez antibióticoterapia. Passou a apresentar quadros de intensas contraturas, permanecendo em isolamento sensorial e recebendo sedação de acordo com seu quadro clínico. Em 25/02/98 foi diagnosticado pneumonia, posteriormente apresentou quadro de dificuldade respiratória sendo conectado a um respirador artificial através de traqueostomia, em uso de nebulização contínua. Permaneceu com sonda vesical de demora até o dia 07/03/98. No dia 12/03/98, recebia nutrição parenteral total, hidratação venosa em veia periférica, usava coletor de urina, e abria os olhos ao ser estimulado. Evoluiu para óbito.

Caso n.º 02:

Histórico

Cícero, 75 anos, casado, residente no interior do Ceará, foi admitido neste hospital no dia 08/03/98, queixando-se de dificuldade para abrir a boca, tendo como diagnósticos prováveis: tétano acidental, hipertensão arterial sistêmica ou acidente vascular cerebral. Há 15 dias sofreu queda da própria altura, após apresentar quadro suspeito de lipotímia, disto resultou ferimento lácero-contuso no supercílio esquerdo. Procurou o hospital da sua cidade, sendo realizada sutura. Ficou assintomático aproximadamente durante 72hs após o acidente, quando passou a apresentar dificuldade para abrir o lado esquerdo da boca, fechar o olho isolateral, associado a dificuldade progressiva para engolir e deambular. Procurou novamente o mesmo hospital sendo internado, recebendo hidratação venosa. É hipertenso e não sabe informar a medicação que faz uso. Vacinação anterior desconhecida.

Evolução

Na admissão Cícero apresentou dificuldade para deglutir e hipertonía do membro inferior direito. As crises contraturais fracas e espaçadas ocorreram à noite. No dia seguinte foi observado trismo e sangramento via oral de cor "vermelho vivo". Fez uso de sonda nasogástrica quando apresentou secreção abundante, purulenta, espumosa e fétida, sendo aspirado várias vezes. Foi realizado tomografia computadorizada de crânio que mostrou acidente vascular cerebral isquêmico frontal à esquerda. Continuou apresentando crises contraturais que se exacerbavam durante as aspirações endotraqueais, foi entubado,

instalada nebulização contínua e sonda vesical de demora. Permaneceu estável até 15/03/98 quando recuperou a percepção dolorosa, apresentou edema na região parotídea direita e membros inferiores. Em 17/03/98 respirava com rápidos espaços de apnéia, continuava apresentando contraturas ao manuseio e secreção endotraqueal. Em 20/03/98 foi instalada respiração mecânica, apresentando apnéia durante aerosolterapia, realizada dissecação de veia na região inguinal. Continuou apresentando crises contraturais e em 25/03/98 o quadro permanecia estável e foi realizada traqueostomia. No dia seguinte encontrava-se comatoso, traqueostomizado, em uso de respirador, em nebulização contínua pois apresentava secreções espessas e com tampões; ao ser aspirado, apresentava leve dispnéia mas respirando espontaneamente, as crises contraturais aumentando de intensidade e frequência. Evoluiu para óbito no dia 30/03/98, por falência generalizada nos sistemas.

ANÁLISE DOS DADOS NA PERSPECTIVA DA SAÚDE COLETIVA

Conforme constam nas histórias, em ambos os casos, a porta de entrada do *Clostridium tetani* foi um ferimento ocorrido dentro do ambiente doméstico, local possivelmente livre de riscos e de sujidades, bem diferente daquele associado pelo imaginário coletivo como passível de conter o causador da doença. Provavelmente este tipo de ocorrência torna as pessoas menos cuidadosas com os procedimentos assépticos requeridos nas soluções de continuidade da pele, permitindo a contaminação do local.

Curioso observar que o Sr. Antônio, com seus 77 anos de idade caiu do telhado quando fazia reparos no local, atividade que devia ser seu cotidiano, mas que pela idade encontra-se numa situação desvantajosa pois a velocidade de condução do estímulo nervoso diminui com o tempo, o que tem como consequência a diminuição das reações, como resultado temos uma baixa taxa de desempenho das atividades motoras⁽⁹⁾.

A afirmação acima nos lembra que o idoso tem uma maior propensão a quedas, acidentes com utensílios domésticos e de trabalho, abrindo uma porta de entrada para a invaginação do *Clostridium tetani* e produção da tetanospasmina dando início a doença, além disso o idoso tem sua imunidade diminuída dificultando uma reação eficaz a este agente etiológico.

O segundo paciente sofreu uma queda da própria altura provavelmente causada por perda temporária da consciência. É importante ressaltar ainda que os dois pacientes foram submetidos a rafia dos ferimentos, em ambiente hospitalar. Sabe-se que o *Clostridium tetani* é um anaeróbio, portanto não sobrevive na presença

de oxigênio, deve-se proceder a higienização do local com ação mecânica, se possível usando água oxigenada, removendo-se todo e qualquer resíduo presente no ferimento tais como farpas de madeira, ferro, tecido, terra. Quando indicado a rafia do ferimento a mesma só poderá ser realizada após a completa limpeza local.

Uma prática que não se observa com frequência é mencionada em algumas literaturas consultadas^(4,10) que sugerem a inoculação de antitoxina em torno do ferimento associado ao amplo debridamento do foco. Segundo os autores tal procedimento é de grande importância para o bloqueio da produção da toxina e deve ser realizado imediatamente após o acidente, pois tem sido demonstrado que a incisão do ferimento não modifica o curso de um tétano já declarado.

O atendimento em unidade de emergência, para situações que apresentam solução de continuidade da pele, deve incluir a investigação da situação vacinal e a classificação da lesão para que se proceda à correta profilaxia frente ao risco do tétano. Para a aplicação do esquema profilático os ferimentos são classificados em (1) aparentemente limpos ou superficiais, (2) suspeitos (3) queimaduras e aqueles que não podem ser manejados cirurgicamente. O estado de imunização do paciente é agrupado em quatro categorias, a saber: (1) não vacinados, vacinados há mais de dez anos, vacinação incompleta, já teve tétano anteriormente, casos duvidosos e situação desconhecida; (2) Esquema vacinal básico e/ou reforço há mais de dois e menos de dez anos; (3) sem carteira de vacinação e (4) Vacinado corretamente ou com reforço até dois anos com a carteira de vacinação. Em todas as situações os cuidados locais são comuns e já foram descritos. Os pacientes da categoria 4 devem receber complemento de globulina antitetânica apenas em caso de queimaduras. Já os das categorias 1, 2 e 3 nos ferimentos leves recebem 250 UI de globulina antitetânica, nos ferimentos suspeitos esta dosagem é aumentada para 500 UI. O toxóide tetânico deve ser associado ao esquema e sua aplicação deve ser realizada em local diferente da globulina.

É imprescindível que os profissionais de saúde tenham conhecimento relacionado à profilaxia de emergência do tétano, caso contrário veremos aumentar o número de casos quando a imunização está falha e o paciente já se expôs ao *Clostridium tetani*. O esquema básico profilático do tétano, conforme descrito, preconiza o uso de globulinas, soros e vacinas respeitando-se o esquema vacinal do paciente e a característica do ferimento, exige do profissional o conhecimento do esquema e a habilidade para avaliar o ferimento. As crises que têm assolado o Sistema de Saúde faz com os serviços de emergência frequentemente fiquem desabastecidos de imunoglobulina e toxóide tetânicos acarretando o inadequado atendimento nos pequenos ou grandes acidentados, impossibilitando a correta prevenção da doença.

Tem-se observado que entre os idosos é comum encontrar-se pessoas com esquema vacinal não atualizado e, a grande maioria não dispõem de Carteira de Vacinação e desconhece este direito do cidadão. Esta realidade aumenta a responsabilidade do profissional de saúde ao atender um idoso com solução de continuidade na pele, pois o mesmo pode ser incluído em um grupo de "risco" para o tétano e está sob a guarda do profissional o bem estar imediato e futuro desta pessoa.

A implantação de programas de vacinação direcionados para o idoso começa a surgir em nosso meio, assim é que a Secretaria de Saúde do Município de São Paulo, em 1997, criou o Dia Municipal de Vacinação do Idoso. Pela proposta, a cada ano, no mês de abril, será feita uma campanha em toda rede pública municipal de saúde, para a vacinação de pessoas com mais de 60 anos. Estas providências têm tido repercussão e, em 1999, o Ministério da Saúde implantou a campanha de vacinação do idoso, a nível nacional. Apesar de questionável a idéia de campanha, há de se reconhecer que é um início e futuramente poderá ser instituído como atividade regular.

Compreendemos que, se dentro de uma população, algum grupo específico não é atingido integralmente no que condiz a prevenção de doenças transmissíveis, isto se constitui um grave problema nas políticas de saúde. O fato de priorizar determinada faixa etária ou grupo de pessoas a receberem cobertura vacinal é uma estratégia definida pelas políticas de saúde e um risco que os gestores do sistema assumem. Este é o caso da imunização antitetânica que exclui o homem adulto e, até recentemente, os idosos de ambos os sexos. A extensão da cobertura vacinal antitetânica aos idosos, instituída nacionalmente no ano de 1999, não deve fazer crer que o problema esteja solucionado. A resistência a receber a vacina, a dificuldade de acesso aos locais de vacinação, o esquema vacinal incompleto são situações que podem continuar ocorrendo mantendo o idoso exposto à doença.

Outra abordagem que o tema merece é o da investigação epidemiológica que, instituída na ocorrência do tétano neonatal, tem obtido excelentes resultados no acompanhamento e prevenção da doença. Seu uso poderia ser implantado para o tétano acidental, haja visto que os pacientes deste estudo de caso, que sabemos são representativos deste tipo de clientela, desenvolveram esta doença apesar de assistidos em instituição hospitalar para atendimento decorrente do ferimento que foi porta de entrada ao agente causador da doença. A organização de saúde contaria, assim, com um sistema de referência da informação, e o hospital que procedeu ao primeiro atendimento poderia ser avaliado em seus procedimentos preventivos, haja visto que o paciente muitas vezes desenvolve tétano e não informa o hospital. A deficiência do sistema de informação de ocorrência do tétano acidental, em contraposição à eficiência da notificação do tétano neonatal é simbólica e reforça o exposto.

A vigilância à saúde, estratégia de operacionalização do novo modelo de informação em saúde, é dependente da eficiência da informação que deve dar conta da complexa situação de saúde do país. O cunho preventivo e educativo desta medida é inegável e necessário para ser coerente com a política de Vigilância da Saúde e a incorporação da noção de *fatores de risco*⁽¹¹⁾.

O prognóstico do tétano é quase sempre assustador, sua alta letalidade é maior nos dois extremos de idades, seja em crianças menores de 5 anos ou em maiores de 50 anos. Através dos casos acompanhados por nós, ambos os pacientes eram idosos, com 75 e 77 anos, e evoluíram para óbito. Estudos concordam com esta afirmação e relatam que, em Fortaleza, no período de 1991 a 1995, enquanto nos adultos jovens a letalidade foi de 17,8%, nos mais idosos (50 e + anos) os óbitos atingiram uma letalidade de 43,3%⁽¹²⁾. Outro autor também afirma que os idosos, em particular, estão proeminentemente envolvidos e dentre os mais de 100 casos relatados para o Centro de Controles de Doenças por ano, 95% dos casos ocorrem em pessoas acima de 20 anos e, destes, 71% em indivíduos acima de 50 anos⁽¹³⁾.

O rápido envelhecimento das populações, decorrente do aumento da expectativa de vida, tem nos colocado frente a novas situações de demanda por cuidados. As antigas preocupações com a criança e a mãe passam a ser divididas com nosso novo cliente o *idoso*. Temos que aprender a ver nesta clientela pessoas que demandam ações de saúde coletiva e individual, com especificidades na confirmação dos agravos. A prevenção, neste caso, é o caminho a ser seguido evitando que o idoso desenvolva patologias evitáveis. Considerando os poucos recursos disponíveis para a saúde, negligenciar o cuidado preventivo ao idoso é onerar os serviços de saúde.

A Saúde Coletiva é uma nova forma de pensar e de agir em relação a problemática da saúde, e o trabalho dos profissionais da área de enfermagem deve ser articulado com os demais trabalhadores para atingir determinados objetivos⁽¹⁴⁾. Como membro ativo da equipe de Saúde Coletiva, o enfermeiro deve estar comprometido com a questão do incentivo para imunização do idoso, sua experiência em educação em saúde deve ser posta a serviço do esclarecimento destas pessoas para que o ato da vacinação seja um momento de tomada de consciência das medidas preventivas em saúde.

O idoso, apesar de estar exposto à infecção pela perda

progressiva da resposta imunológica e devido a uma maior debilidade motora que pode acarretar acidentes domésticos e de trabalho, parece ter sido, até aqui, alvo tímido das políticas de incentivo à imunização. O problema se agrava quando associado à idade está o sexo masculino, eterno abandonado das ações de saúde. A responsabilidade é de todos na tomada de decisões, nas políticas de saúde e, na reversão deste quadro através de uma maior conscientização por parte dos que trabalham na Educação para a Saúde para a implementação das ações de incentivo a imunização do idoso no que diz respeito ao tétano e outras doenças imunopreveníveis. Além de um maior benefício para a população prevenindo doença, evitando sofrimentos, a imunização é uma forma de economia social, pois o custo do tratamento de um paciente com tétano é suficiente para vacinar dez mil pessoas.

REFLEXÕES FINAIS

Este estudo pode ser considerado uma aproximação do problema da incidência do tétano acidental em idosos, na medida que fornece contribuições para a reflexão sobre este importante tema e, ao mesmo tempo, aponta para a necessidade de um aprofundamento da questão. Respondendo aos objetivos propostos para este estudo pode-se perceber que os dois pacientes acometidos de tétano acidental, idosos e do sexo masculino, foram expostos à infecção tetânica por acidente doméstico e queda por perda de consciência, ambos no domicílio. Após a ocorrência foram atendidos em unidades hospitalares sendo realizado sutura dos ferimentos. Nos registros não constam procedimentos profiláticos de emergência, em relação ao tétano, do tipo imunidade passiva. Ao serem hospitalizados na instituição de referência para doenças infecto-contagiosas, seus acompanhantes não souberam informar sobre a história vacinal. A evolução da doença culminou com o óbito dos dois pacientes.

O relato supra referido permite ajuizar que estes idosos não usufruíram de cobertura vacinal antitetânica e não receberam a profilaxia passiva preconizada para a situação. Estes estudos de caso, ainda que não se prestem para generalizações, refletem a realidade da absoluta maioria dos idosos quanto à cobertura vacinal e a precária condição de aplicação da profilaxia tetânica no atendimento hospitalar. Pode-se dizer que se tangenciou um severo problema de saúde coletiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Benenson AS. El control de las enfermedades transmissibles en el hombre. 15. ed. Washington; 1992. (OPS. Publicacion Cientifica, n. 507).

2. Contran RS, Kumar V, Robbins SL. Robbins: Patologia e estrutura funcional. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1991.

3. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner/Studarth: Tratado de Enfermagem Médico cirúrgica. 7 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1994. v.

4.

4. Neves J. Diagnóstico e tratamento das doenças infecciosas e parasitárias. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1983.
5. Ministério da Saúde (BR). Casos de agravos e doenças infecciosas e parasitárias notificadas de janeiro a dezembro de 1997 e igual período de 1998, por Unidade Federada, Brasil. *Inf Epidemiol SUS* 1998; 7(4):117-20.
6. Burnside IM. Enfermagem e os idosos. São Paulo: Andrei; 1979.
7. Ludke M, André MED. Pesquisa em educação: abordagem qualitativa. São Paulo: EPU; 1996.
8. Polit DF, Hungler B. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
9. Atkinson LD, Murray ME. Fundamentos de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1989.
10. Veronesi R. Doenças infecciosas e parasitárias 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1991.
11. Teixeira CF, Paim JS, Vilasboas AL. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Inf Epidemiol SUS* 1998; 7(2):7-28.
12. Rouquayrol MZ, Pinheiro AC, Façanha MC. Epidemiologia das doenças infecciosas em Fortaleza. Fortaleza; 1996.
13. Harrison TR. Medicina interna. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1994. v. 1
14. Nery MSS, Vanzin AS. Enfermagem em saúde pública: fundamentação para o exercício do enfermeiro na comunidade. Porto Alegre: Sagra – DC Luzzato Editores; 1994.