

Juliana Alves dos Reis

MAGNITUDE DAS INFECÇÕES PUERPORAIS NO ESTADO DE MINAS GERAIS

**Belo Horizonte
2011**

Juliana Alves dos Reis

MAGNITUDE DAS INFECÇÕES PUERPERAIS NO ESTADO DE MINAS GERAIS

Trabalho apresentado ao Curso de Especialização em Vigilância e Controle das Infecções do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Edna Maria Rezende

**Belo Horizonte
2011**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM VIGILÂNCIA E CONTROLE DAS INFECÇÕES

Prof. Clélio Campolina Diniz

Reitor

Prof. Ricardo Santiago Gomez

Pró-Reitor de Pós-Graduação

Prof. Antônio Luiz Pinho Ribeiro

Diretor do Hospital das Clínicas

Profa. Andréa Maria Silveira

Diretora de Ensino, Pesquisa e Extensão do Hospital das Clínicas da UFMG

COMISSÃO DE COORDENAÇÃO DIDÁTICA DO CURSO

Coordenadora: Profa. Maria Aparecida Martins

Subcoordenadora: Profa. Edna Maria Rezende

Membros: Profa. Adriana Cristina de Oliveira Iquiapaza

Profa. Wanessa Trindade Clemente

Representantes discentes: Andreia Maria Martins Melo

Guimar Portugal de Macedo

BELO HORIZONTE

2011

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Gráfico - Taxa de Cesáreas segundo GRS, no Estado de Minas Gerais no ano de 2010.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Número de Estabelecimentos de Atenção Obstétrica e Neonatal, segundo GRS que enviaram dados da Instrução Normativa N° 2 no ano de 2010.

Tabela 2 – Indicadores para Avaliação dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal.

Tabela 3 – Média de Permanência, Taxa de Cesárea e Taxa de Infecção Puerperal em Cesáreas, por GRS do Estado de Minas Gérias, ano de 2010.

Tabela 4 – Média de Permanência, Taxa de Episiotomia e Taxa de Infecção Puerperal em Partos Normais, por GRS do Estado de Minas Gérias, ano de 2010.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

PCIH	Programa de Controle de Infecções Hospitalares
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
GM/MS	Gabinete Ministerial/Ministério da Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
SES/MG	Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
GRS	Gerencia Regional de Saúde
DeCS	Diretório de Descritores das Ciências da Saúde

SUMARIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 METODOLOGIA.....	10
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	12
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	17
SUMMARY.....	19
REFERÊNCIAS.....	20
APENDÊDICE 1	22
ANEXO A.....	23
ANEXO B.....	24

RESUMO

No cenário contemporâneo é notória a crescente preocupação das pessoas envolvidas com os serviços de saúde em um controle efetivo das infecções relacionadas à assistência à saúde e legislações vem corroborar nesse sentido. Quando se trata dos serviços de atenção obstétrica e neonatal destaca-se, o Pacto Pela Saúde, a DRC nº 36, a Instrução Normativa Nº 2 uma vez que a infecção puerperal é um evento adverso indesejável. Assim, este estudo objetiva conhecer a magnitude das infecções puerperais, notificadas à Diretoria de Serviços de Saúde da SES/MG no Estado de Minas Gerais. Trata-se de um estudo retrospectivo de natureza descritiva e quantitativa, com dados fornecidos pela Diretoria de Serviços de Saúde da SES/MG, em que analisou-se os serviços de atenção obstétrica e neonatal por meio dos indicadores da Instrução Normativa Nº 2, de 2008. As taxas de cesáreas tem tendência mundial de crescimento e no Estado de Minas Gerais, em 2010, esta taxa foi de 53,23%. A infecção puerperal como foco do estudo teve neste mesmo ano em partos cesáreos taxa de 1,58% e em partos normais 1,03%. O estudo demonstrou limitações: não houve padronização previa de critérios de notificação a serem utilizados pelos serviços de saúde e esta falta de padronização pode levar a uma subnotificação. Entende-se a necessidade de padronizar tais notificações para obtenção de dados mais confiáveis que venham a nortear políticas de saúde.

Palavras-Chave: Infecção Puerperal, Infecção Hospitalar, Controle de Infecções e Infecção da Ferida pós-operatória.

1 INTRODUÇÃO

No cenário contemporâneo é notória a crescente preocupação dos profissionais envolvidos com os serviços de saúde em um controle efetivo das infecções relacionadas à assistência à saúde. Esse controle tem por objetivo reduzir de forma considerável as ocorrências. Para isso, normatizações regem os serviços de saúde, e cada vez mais há um incremento na exigência do cumprimento destas, e novas legislações e regulamentos são criados para fortalecer sua execução.

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) nos hospitais surge em 1983 como prerrogativa legal por meio da Portaria 196 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1983), e a necessidade da existência dos Programas de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH) surge a partir da publicação da Lei Nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997 (BRASIL, 1997), em que dispõe sobre a obrigatoriedade para todos os hospitais do país, em manterem efetivos tais programas. Em seguida, a publicação da Portaria do Gabinete Ministerial do Ministério da Saúde (GM/MS) Nº 2.616, de 12 de maio de 1998 (BRASIL, 1998), vem corroborar para a implementação dos PCIH e o cumprimento da Portaria 196 (BRASIL, 1983) torna obrigatória a existência de uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) nos serviços de saúde.

Pela Portaria 2616 (Brasil, 1998) infecção hospitalar é “aquela adquirida após a admissão do paciente e que se manifeste durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares.” Para efeito desta Portaria, deve-se considerar como infecção de origem hospitalar quando manifestada até 72 horas após a admissão e desconhecer o período de incubação do patógeno.

As infecções hospitalares constituem risco para os clientes dos serviços de saúde e não é diferente para as gestantes. Um dos eixos norteadores do Pacto Pela Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) tem como base a redução da mortalidade infantil e materna. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) dispõe, na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36 de 3 de junho de 2008, sobre como devem funcionar tecnicamente os estabelecimentos de Atenção Obstétrica e Neonatal. Em adendo a essa Resolução a Instrução

Normativa nº 2 (ANVISA, 2008), de mesma data de publicação, torna obrigatório o registro e envio dos indicadores para avaliação destes serviços as Secretarias Estaduais de Saúde e posteriormente à ANVISA semestralmente. Nesses indicadores estão incluídas taxas de infecções puerperais que devem ser notificadas para partos do tipo cesárea e normal.

A RDC nº 36 (ANVISA, 2008) prevê ainda que a CCIH deve ser atuante e que os serviços devem possuir manuais de normas e rotinas, contemplando limpeza, desinfecção e esterilização de artigos e higienização de superfícies. Também devem apresentar ações de prevenção e controle das infecções relacionadas à assistência e que estejam claramente definidas no PCIH.

A CCIH dos serviços de atenção obstétrica e neonatal tendo como um dos nortes a RDC nº 36 (ANVISA, 2008), e demais legislações vigentes atuam voltadas também no controle das infecções próprias do período do puerpério. Estas ainda pouco discutidas no cenário nacional e sem dados no Estado de Minas Gerais. E para discutir o assunto é preciso entender o que é puerpério e o que é infecção puerperal.

Assim, o período após o parto, para Morejón, Blanco e Valdés (2002), em que o corpo da mulher retoma suas funções fisiológicas habituais, é chamado de puerpério. É ainda entendido como o período do ciclo grávido-puerperal em que o organismo da mulher retorna à situação do estado pré-gravídico. Inicia uma a duas horas após a saída da placenta e tem seu término imprevisto, pois enquanto a mulher amamentar ela estará sofrendo modificações da gestação, não retornando seus ciclos menstruais completamente à normalidade. É dividido em três fases, sendo elas: imediato entre o 1º ao 10º dia, tardio do 11º ao 42º dia e remoto a partir do 43º dia (AURORA; MARIA, 2010).

E entende-se por infecção puerperal, endometrite ou febre puerperal aquela originada no aparelho genital, após a realização de um parto. O *Centers for Disease Control* (CDC) define a infecção puerperal como qualquer isolamento de microrganismos no endométrio, elevação de temperatura a 38° C no período após o parto recente, presença de taquicardia consistente e súbita, drenagem uterina purulenta e dor abdominal acompanhada de hipersensibilidade do útero (FERNANDES *et al.*, 2000).

As infecções puerperais podem ser subdivididas conforme a via de parto. E o parto normal, segundo Zimmermann *et al*, (2009), a expulsão do feto pela via genital feminina, excluindo as laparotomias, ou seja, as cesáreas. A Organização Mundial de Saúde (WHO, 1996) definiu parto normal como aquele de início espontâneo e de baixo risco, e que tem seu curso desta forma, ainda que o feto esteja em posição cefálica e período gestacional de 37 a 42 semanas.

A cesárea é vista como procedimento cirúrgico, uma laparotomia, que deve ser decidida criteriosamente após avaliação das condições clínicas e obstétricas da gestante. Trata-se de um procedimento invasivo, que exige técnica cirúrgica aprimorada e anestesia (BRASIL, 2001).

Por meio dos critérios nacionais (ANVISA, 2009), a infecção puerperal da cesárea deve ser classificada considerando os mesmos critérios para infecção de sítio cirúrgico: incisional superficial, incisional profunda e órgão cavidade. Na última revisão do CDC (2011), além desta classificação a cesárea passa a ser sítio específico – Cesarean section (CSEC).

Mediante o desconhecimento da magnitude das infecções puerperais no Estado de Minas Gerais pretende-se com este trabalho conhecer a situação dessas infecções, nas instituições que prestam serviços na área de Atenção Obstétrica e Neonatal, a partir dos dados informados à Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) relativos à infecção puerperal, conforme Instrução Normativa nº 2 (BRASIL, 2008).

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo retrospectivo de natureza descritiva e quantitativa. Foram analisados dados secundários disponibilizados pela Diretoria de Serviços de Saúde da SES/MG, referentes ao período de janeiro a dezembro de 2010, solicitados na Instrução Normativa Nº 2 de 2008 e enviados sistematicamente pelas Gerências Regionais de Saúde (GRS).

Para a SES/MG o Estado é dividido em 28 (GRS), Alfenas, Barbacena, Belo Horizonte, Coronel Fabriciano, Diamantina, Divinópolis, Governador Valadares, Itabira, Ituiutaba,

Januária, Juiz de Fora, Leopoldina, Manhumirim, Montes Claros, Passos, Patos de Minas, Pedra Azul, Pirapora, Pouso Alegre, São João Del Rei, Sete Lagoas, Teófilo Otoni, Ubá, Uberaba, Uberlândia, Unai e Varginha. Exceto as de Januária e Pirapora todas demais enviaram dados.

O número de estabelecimentos de Atenção Obstétrica e Neonatal que informaram os dados, agrupados por GRS encontra-se no ANEXO A.

Não se pode garantir que os dados analisados representem o envio pela totalidade de serviços que prestam assistência obstétrica e neonatal no Estado. Dentre os 248 estabelecimentos utilizados para análise, houve meses em que alguns serviços não informaram os dados. Assim, para efeito de cálculo, optou-se por considerar a média dos demais meses informados.

Desconhece a metodologia utilizada pelos serviços para detectar e notificar as infecções puerperais, e nem mesmo se foi realizada busca ativa pós-alta. Atualmente os critérios mais utilizados para diagnóstico e classificação das infecções são os do CDC e os nacionais da ANVISA (BRASIL, 2009). Lembrando que a cesárea é tratada como infecção do sítio cirúrgico e que não há critérios determinados para infecções relacionadas à episiotomia.

A instrução Normativa Nº 2 (BRASIL, 2008), estabelece sete indicadores a serem mensurados e informados a SES/MG de forma mensal, com envio semestral para a ANVISA. Dentre os dados fornecidos para este trabalho analisou-se média de permanência, taxa de cesárea, as taxas de infecção puerperal do parto cesárea e também por parto normal, obtidos como o especificado a seguir:

$$\text{Média de permanência} = \frac{\text{Total de pacientes-dia puérperas}}{\text{Total de saídas de puérperas}}$$

$$\text{Taxa de cesárea} = \frac{\text{N.º de cesáreas}}{\text{Total de partos}} \times 100$$

Taxa de infecção puerperal por parto tipo cesárea =

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de infecções puerperais por parto cesárea}}{\text{N}^\circ \text{ de partos cesáreas}} \times 100$$

Taxa de Infecção puerperal em parto normal =

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de infecções puerperais por parto normal}}{\text{N}^\circ \text{ de partos normais}} \times 100$$

A revisão de literatura foi realizada consultando à Biblioteca Virtual de Saúde (BIREME – www.bireme.br). Foram identificados no Diretório de Descritores das Ciências da Saúde (DeCS), os descritores mais adequados ao objetivo deste estudo: Infecção Puerperal, Infecção Hospitalar, Controle de Infecções e Infecção da Ferida pós-operatória.

Os resultados foram analisados por estatística descritiva, resumidos em tabela e gráficos.

Os dados referentes à Instrução N° 2 (BRASIL, 2008) foram solicitados a Diretoria de Serviços de Saúde da SES/MG (Apêndice 1).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diante do crescente incremento tecnológico na medicina moderna registrou também um aumento de procedimentos invasivos, tanto para métodos diagnósticos, quanto para intervenções de tratamento. Referente à maternidade, as cesáreas podem ser referidas como reflexo desta evolução. Hoje tornou-se corriqueiro optar por um parto tipo cesárea não mais, apenas como recurso para distórcias que inviabilizam o parto normal. O aprimoramento das técnicas cirúrgicas e anestésicas possibilitou que as cesarianas fossem vistas como seguras (ZIMMERMANN *et al*, 2009).

No Estado de Minas Gerais pode-se observar um predomínio dos partos tipo cesárea, sendo que no ano de 2010 a média foi de 53,23% (Gráfico 1). Taxas mais elevadas foram observadas em outras GRS como Coronel Fabriciano (90%) e alguns estabelecimentos de saúde que relataram taxa de 100%, ou seja, realizaram em todo o período, apenas esse tipo de parto (ANEXO B).



Fonte: SES/MG, 2010.

Gráfico 1 - Taxa de Cesáreas segundo GRS, no Estado de Minas Gerais no ano de 2010.

A América Latina, nos últimos anos, viveu um aumento das cesarianas se comparado ao número de partos normais. Esse incremento pode ser relacionado a fatores socioeconômicos, demográficos e algumas questões de saúde materna (BELIZÁN *et al.*, 1999).

O Estado de Minas Gerais demonstra estar acompanhando tal tendência, com algumas exceções de GRS que ainda mantêm essa taxa menos representativa, como caso o de Diamantina com 22,31%, Sete Lagoas 24,91% e Teófilo Otoni 27,74%. Os estudos descritos a seguir confirmam essa tendência do aumento das cesáreas em detrimentos dos partos normais.

Conforme Zimmermann *et al.*, (2009) no ano de 1997, o Brasil possuía uma taxa de cesárea de 32%, seguido pelo México com 31,3%, República Dominicana com uma taxa de 25,9 e a

Argentina com uma taxa similar de 25,4%. Neste ano o Chile estava em primeiro lugar, com 40% de partos tipo cesárea.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar publicou dados sobre a distribuição das cesarianas em diversos países no mundo. O Brasil apresentou-se dentre os países descritos, com uma das maiores taxas de cesáreas, e o setor privado com índices maciços deste procedimento (79,7%). O Sistema Único de Saúde (SUS) apresentou taxa de 27,5% (ANS, 2001).

As estatísticas revelam que a realidade dos nascimentos nos Brasil mudou, uma vez que o índice de cesáreas vem ao longo dos anos seguindo uma tendência ascendente. Em 2008 esta taxa foi semelhante à de partos normais, tendo em vista uma taxa de cesárea de 48,45%, não fazendo distinção para o tipo de serviço (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Wang *et al*, (2010), relatam que a realidade chinesa acompanha a tendência do aumento dos partos do tipo cesárea, mesmo que ela não seja uma indicação médica. Mencionam que esta taxa chega a 80%. E que o estudo foi realizado com nulíparas, uma vez que devido à política de natalidade chinesa não seria possível outro público.

Guimarães, Chianca e Oliveira (2007), destacam que as instituições ao ignorarem a humanização do parto e levarem a gestante para um ambiente desconhecido e que não ofereça um acolhimento adequado, seguido por um volume de intervenções alto poderiam influenciar no aumento das infecções puerperais. Reforçam ainda que o controle das infecções é visto como parâmetro de qualidade assistencial, e que apesar dos avanços tecnológicos e científicos a infecção puerperal continua a ser um grande problema.

Wang *et al*, (2010), afirmam que as complicações pós parto mais comuns seriam as hemorragias, febre e infecção, e que tais complicações tem chances 2,2 vezes maiores de ocorrência nos partos cesáreas. Nesse estudo os autores relatam uma média de permanência de oito dias para parto cesárea e de seis dias para parto vaginal.

Nas Tabelas 3 e 4 estão dispostos dados do ano de 2010, por GRS incluindo a média de permanência, a taxa de cesárea, a taxa de infecção puerperal por tipo de parto e taxa de episiotomia. Neste ano a média de permanência de puérperas/dia foi de 1,94, ressaltando que

esta foi uma média global, em que não fora separada em função do tipo de parto. Assim não se pode afirmar se há diferença entre média de permanência em função do tipo de parto.

Conforme exposto na Tabela 3, a taxa de infecção puerperal em cesáreas no Estado considerando o acumulado do ano de 2010 fez média de 1,58%, abaixo do citado como esperado, 7%, no estudo de Beneden *et al*, (2007), esta taxa pode não demonstrar a realidade, uma vez que a subnotificação pode ser um fator que leve à apurar uma taxa inferior a real. Embora essa não seja uma realidade expressa em todo território como pode-se observar na GRS de Passos uma taxa de 7,93% e em Pouso Alegre, 7,24%.

Tabela 3 – Média de Permanência, Taxa de Cesárea e Taxa de Infecção Puerperal em Cesáreas, por GRS do Estado de Minas Gérias, ano de 2010.

<i>GRS</i>	<i>Média de Permanência</i>	<i>Taxa de Cesárea</i>	<i>Taxa de Infecção Puerperal em Cesáreas</i>
Alfenas	2,13	72,86	2,83
Barbacena	1,52	59,2	0,3
Belo Horizonte	2,27	54,93	1,04
Coronel Fabriciano	3,24	93,31	0
Diamantina	1,74	22,31	2,38
Divinópolis	1,68	47,58	2,61
Governador Valadares	2,13	46,43	0
Itabira	1,56	34,89	0,7
Ituiutaba	1,74	67,96	0,7
Juiz de Fora	2,06	50,04	0,88
Leopoldina	1,53	62,04	0,89
Manhumirim	2,57	59,4	0,13
Montes Claros	2,01	30,74	6,11
Passos	1,65	56,83	7,93
Patos de Minas	2,32	57,15	0,62
Pedra Azul	1,92	25,53	0,47
Pouso Alegre	1,99	58,4	7,24
São João Del Rei	1,71	56,91	0,2
Sete Lagoas	1,35	24,91	1,48
Teófilo Otoni	2,44	27,74	0
Ubá	1,67	74,09	0,77
Uberaba	1,67	59,06	1,18
Uberlândia	2	75,26	0,62
Unaí	1,62	54,63	0,34
Varginha	2,01	58,53	0,19
Média Total	1,94	53,23	1,58

Fonte: SES/MG, 2010

Na Tabela 4, observou-se uma taxa de episiotomia para o território estadual de 55,18%, o que nos permite inferir que esta é uma prática comum. Ainda mais relevante nas GRS de Alfenas e São João Del Rei, com taxa superior a 70%, e com a totalidade dos partos normais em Coronel Fabriciano adotando este procedimento. Na literatura consultada não foi encontrado referência a esta prática, nem se o ato da episiotomia é um fator relevante para infecções puerperais em partos normais.

Tabela 4 – Média de Permanência, Taxa de Episiotomia e Taxa de Infecção Puerperal em Partos Normais, por GRS do Estado de Minas Gérias, ano de 2010.

<i>GRS</i>	<i>Média de Permanência</i> <i>a</i>	<i>Taxa de Episiotomia</i> <i>a</i>	<i>Taxa de Infecção Puerperal em Parto Normal</i>
Alfenas	2,13	73,97	0
Barbacena	1,52	49,72	0,07
Belo Horizonte	2,27	47,14	0,37
Coronel Fabriciano	3,24	100	0
Diamantina	1,74	47,62	0,63
Divinópolis	1,68	51,59	0,88
Governador Valadares	2,13	35,94	0
Itabira	1,56	45,83	0,06
Ituiutaba	1,74	52,85	0,54
Juiz de Fora	2,06	49,27	0,2
Leopoldina	1,53	41,79	0
Manhumirim	2,57	59,35	0
Montes Claros	2,01	48,32	4,93
Passos	1,65	53,05	0,03
Patos de Minas	2,32	49,28	0,19
Pedra Azul	1,92	48,53	0,12
Pouso Alegre	1,99	61,1	6,32
São João Del Rei	1,71	70,37	0
Sete Lagoas	1,35	58,19	0,31
Teófilo Otoni	2,44	58,19	8,51
Ubá	1,67	51,78	0,98
Uberaba	1,67	62,22	1,2
Uberlândia	2	51,5	0,18
Unai	1,62	44,5	0,18
Varginha	2,01	67,46	0
Média Total	1,94	55,18	1,03

Fonte: SES/MG, 2010

Em relação à taxa de infecção puerperal em partos normais o acumulado do ano de 2010 foi de 1,03%, quanto comparado com o estudo de Beneden *et al.* (2007) esta inferior aos 3% citado por eles. Destacando ainda que as GRS de Montes Claros (4,93%), Pouso Alegre (6,32%) e Teófilo Otoni (8,51%) superaram o citado também no trabalho de Beneden *et al.*, (2007). Uma vez que não temos parâmetros de comparação estaduais nesse sentido, não podemos afirmar que esta é uma realidade do Estado de Minas Gerais ou se por algum motivo estes dados não foram corretamente notificados.

Guimarães, Chianca e Oliveira (2007), após analisar as variáveis: faixa etária, ganho ponderal, tempo de ruptura das membranas, características do líquido amniótico, tipo de parto e duração do parto, observaram que apenas apresentaram associação estatisticamente significativa, em relação à duração do parto, quando este foi do tipo cesárea. Para esta variável o risco de infecção puerperal estava aumentado.

Conforme já citado, Beneden *et al.*, (2007), após estudo relata uma taxa de infecção puerperal estimada de 3% para partos vaginais e 7% para partos cirúrgicos, ressaltando que se trata de um estudo realizado nos Estados Unidos. E ainda mencionam que esta taxa não retrata a realidade, uma vez que inferem que menos da metade das parturientes obtêm o diagnóstico específico de infecção pós-parto.

Zimmerman *et al.*, (2009), relatam que apesar de mantidas as técnicas de assepsia, antisepsia e antibioticoprofilaxia, detectou-se um número superior de infecções da ferida abdominal se comparada a perineal. Não conseguindo estabelecer se essas detecções de infecção foram maiores devido reinternação. Para Guimarães, Chianca e Oliveira (2007), apesar dos esforços voltados para prevenção das infecções puerperais, constituem elas um desafio para as instituições.

Desta forma, Morejón, Blanco e Valdés (2002) ainda ressaltam que no parto cesáreo uma complicação comum é a infecção do sítio cirúrgico, e Wang *et al.* (2010), corroboram esta afirmação. Os primeiros afirmam que destas infecções destacam as endometrites, abscesso de parede abdominal e abscesso da episiotomia. E neste trabalho observou-se que as infecções

puerperais em partos do tipo cesárea foi mais freqüente, identificado através da taxa de infecções puerperais em partos normais é inferior à taxa relativa às cesarianas.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da análise dos dados, viu-se que o Estado apresentou taxas de infecção puerperal em cesárea e para parto normal abaixo da média descrita na literatura. Vale ressaltar que quando analisado por GRS, houve taxa de infecção acima do esperado, em partos normais na GRS de Teófilo Otoni, e em cesáreas nas GRS de Pouso Alegre e Passos.

O estudo demonstrou limitações, uma vez que foram trabalhados dados secundários, e assim a fidedignidade dos dados não pode ser garantida, considerando que não houve padronização previa de critérios de notificação a serem utilizados pelos serviços de saúde. Esta falta de padronização pode levar a uma subnotificação ou superestimação dos indicadores registrados pelos serviços.

Ainda em relação às notificações das infecções puerperais, não foi informado se realizou busca pós alta. A busca ativa, quando realizada de forma efetiva contribui para demonstrar taxas mais reais do serviço. Ressalta-se ainda que as infecções puerperais somente foram notificadas em função da via de parto, não sendo informado a topografia da infecção.

Desta forma, apesar das limitações citadas, os dados apontam que o parto cesáreo é a via mais comum e apresenta índices de infecção mais altos. Entende-se a necessidade de padronizar os critérios de infecção puerperal para que as notificações sejam mais confiáveis e para que os registros das infecções possam ser utilizados para prevenção e norteamto de políticas públicas de saúde nesta área.

SUMMARY

In the contemporary scene is evident the growing concern of people involved with health services in an effective control of infections related to care, legislation further supports this. When it comes to services for obstetric and neonatal care stands out, the Pact for Health, the DRC No. 36 and Instruction No. 2 since the puerperal infection is an unwanted and adverse event. Thus, aims to know the magnitude of puerperal infections, reported by Instruction No. 2, the Directorate of Health Services SES / MG with regard to the State of Minas Gerais. It is about a retrospective study of descriptive and quantitative data provided by the Directorate of Health Services SES / MG in which he analyzed the services of obstetric and neonatal care through the indicators of Instruction No. 2 of 2008. The cesarean section rates have global trend of growth and the state of Minas Gerais in 2010 this rate was 53.23%. The focus of puerperal infection in this study had cesarean births in the same year rate of 1.58% and 1.03% in normal births. The study demonstrated limitations, there was no previous standardization of criteria of notification to be used by health services and this lack of standardization may lead to underreporting. It is understood the need to standardize these reports to obtain more reliable data that may guide health policies.

Keywords: Puerperal Infection, Hospital Infection, Infection Control and Infection of surgery wound.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Brasil tem uma das maiores taxas de cesariana na Saúde Suplementar.** Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/home2/destaque_22585_2.asp>. Acesso em 10/01/2011.

AURORA, M.; MARIA, V. Infecção puerpera: fatores de risco. In: **Netsaber**, 2010. Disponível em: <<http://artigos.netsaber.com.br>>. Acesso em: 20 de fev. 2011.

BELIZÁN, J. M. *et al.* Rates and implications of cesarean sections in Latin America: ecological study. **BJM**. v. 319. 1397-1402 p. Novembro. 1999.

BENEDEN, Chris A. Van *et al.* Provider knowledge, Attitudes, and Practices regarding Obstetric and Postsurgical Gynecologic Infections Due to Grup A *Streptococcus* and Other Infectious Agents. **Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology**. 8 p. USA, 2007.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Sítio Cirúrgico: Critérios Nacionais de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde.** Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. Gerência de Investigação e Prevenção das Infecções e dos Eventos Adversos. Brasília. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 196/GM.** Dispõe sobre a obrigatoriedade, para todos os hospitais do país, da manutenção de Comissões de Controle de Infecções Hospitalares.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 399/GM** de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2616 de 12 de maio de 1998.** Dispõe sobre a regulamentação das ações de controle de infecção hospitalar no país.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RDC nº 36 de 03 de junho de 2008.** Dispõe sobre como devem funcionar tecnicamente os estabelecimentos de Atenção Obstétrica e Neonatal.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Instrução Normativa nº.2** tornando obrigatório o registro e envio dos indicadores para avaliação dos serviços. 2008

BRASIL. **Lei N° 9.431 DE 6 de Janeiro de 1997**. Dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País. D.O.U., de 07 de janeiro de 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde. 202 p. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância em Saúde. DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC. 2008. Disponível em: < tabnet.datasus.gov.br >. Acesso em: 25 de janeiro de 2011.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Surgical Site Infection (SSI) Event**. Disponível em: <www.cdc.gov/nhsn/>. Acesso em 10 de jun. de 2011.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **National Healthcare Safety Network (NHSN)**. Disponível em: < http://www.cdc.gov/nhsn/TOC_manual.html >. Acesso em 30 de mar. de 2011.

FERNANDES, A. T. *et al.* **Infecções hospitalares e suas interfaces na área da saúde**. São Paulo: Atheneu, 2000.

GUIMARÃES, E. E. R.; CHIANCA, T. C. M.; OLIVEIRA, A.C.. Puerperal Infection from the perspective of Humanized delivery care at a Public Maternity Hospital. **Rev. Latino-americana de Enfermagem**. v. 15. n. 4. p. 536-42. Julho-agosto; 2007.

MOREJÓN, M. P.; BLANCO, C. S.; VALDÉS, G. P. Complicaciones Puerperales durante La Estadía Hospitalaria. **Rev. Cubana Obstet Ginecol**. v. 28. n. 1. p. 42-48. 2002.

WANG *et al.* Effects of caesarean section on maternal health in low risk nulliparous women: a prospective matched cohort study in Shanghai, China. **BMC Pregnancy and Childbirth**. v. 10. n. 78. 10 p. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Care in Normal Birth: a practical guide**. Technical Working group, World Health Organization. 58 p. 1996.

ZIMMERMMANN, J. B. *et al.* Complicações Puerperais associadas à via de parto. **Rev. Med Minas Gerais**. v. 19. n. 2. 109-116 p. Juiz de Fora. 2009.

APÊNDICE 1



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO À SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SERVIÇOS DE SAÚDE

OF. DVSS/SVS Nº 715/11

Belo Horizonte, 28 de novembro de 2011.

Senhor Professor,

Informo, para fins de documentação neste Programa de Especialização em Vigilância e Controle das Infecções, que foi autorizada, para uso no trabalho de conclusão de curso da aluna Juliana Alves dos Reis, a utilização dos dados da Vigilância Sanitária em Serviços de Saúde/SVS/SES-MG, referente às infecções puerperais no ano de 2010.

Atenciosamente,


Adriana Gacciari Zapattera César
Diretora de Vigilância em Serviços de Saúde

Ao Curso de Especialização em Vigilância e Controle das Infecções
UFMG/HC



D:\Gves\Oficio\Oficio \2011\nacd

Diretoria de Vigilância em Serviços de Saúde - gves.svs@saude.mg.gov.br,
CAMG – Rodovia Prefeito Américo Gianetti, s/nº - 13º andar – Edifício Minas – Serra Verde
CEP - 31630-900 - Belo Horizonte/MG

ANEXO A

Tabela 1 – Número de Estabelecimentos de Atenção Obstétrica e Neonatal, segundo GRS que enviaram dados da Instrução Normativa N° 2 no ano de 2010.

<i>GRS</i>	<i>Nº de Estabelecimentos</i>
Alfenas	6
Barbacena	11
Belo Horizonte	12
Coronel Fabriciano	1
Diamantina	8
Divinópolis	5
Governador Valadares	1
Itabira	11
Ituiutaba	9
Juiz de Fora	13
Leopoldina	2
Manhumirim	11
Montes Claros	9
Passos	12
Patos de Minas	13
Pedra Azul	7
Pouso Alegre	8
São João Del Rei	5
Sete Lagoas	4
Teófilo Otoni	8
Ubá	10
Uberaba	16
Uberlândia	21
Unaí	6
Varginha	18

Fonte: SES/MG, 2010.

ANEXO B

Tabela 2 – Indicadores para Avaliação dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal

<i>Nº</i>	<i>Média de Permanência</i>	<i>Taxa de Cesárea</i>	<i>Taxa de Episiotomia</i>	<i>Taxa Infecção Puerperal em Parto Normal</i>	<i>Taxa Infecção Puerperal em Cesárea</i>
01	2,5	68	100	0,0	0,0
02	2,0	65	70	0,0	1,2
03	3,4	83	79	0,0	4,7
04	1,0	90	33	0,0	11,1
05	2,1	52	61	0,0	0,0
06	1,8	80	100	0,0	0,0
07	1,8	59	73	0,7	1,5
08	3,0	77	95	0,0	0,0
09	1,5	98	36	0,0	0,0
10	1,7	48	72	0,0	0,0
11	1,4	59	46	0,2	1,6
12	1,0	0	8	0,0	0,0
13	1,6	93	70	0,0	0,0
14	1,0	20	60	0,0	0,0
15	0,7	58	17	0,0	0,0
16	1,2	73	69	0,0	0,3
17	1,8	65	0	0,0	0,0
18	2,8	33	43	0,0	0,0
19	2,8	81	67	0,0	0,0
20	2,9	31	52	1,2	2,0
21	2,7	39	62	0,4	0,6
22	2,0	77	100	1,0	2,0
23	2,5	30	0	0,3	0,5
24	1,5	77	49	0,0	0,1
25	1,8	66	0	0,0	2,0
26	2,5	60	94	0,3	2,1
27	1,9	70	100	0,0	0,0
28	1,7	75	0	0,7	1,0
29	2,1	21	0	0,5	2,3
30	3,2	93	100	0,0	0,0
31	1,3	17	61	1,4	5,2
32	1,3	19	43	0,0	0,0
33	1,8	24	72	1,2	3,5
34	1,9	17	58	0,0	0,0
35	1,0	40	58	0,6	4,0

<i>Nº</i>	<i>Média de Permanência</i>	<i>Taxa de Cesárea</i>	<i>Taxa de Episiotomia</i>	<i>Taxa Infecção Puerperal em Parto Normal</i>	<i>Taxa Infecção Puerperal em Cesárea</i>
36	1,8	30	31	0,0	5,3
37	1,5	0	0	0,0	0,0
38	3,3	30	58	1,9	1,0
39	1,0	59	23	0,0	0,9
40	1,3	49	85	2,0	3,1
41	1,8	35	49	0,0	2,2
42	2,2	27	81	2,4	6,9
43	2,0	68	20	0,0	0,0
44	2,1	46	36	0,0	0,0
45	1,0	0	8	0,0	0,0
46	1,8	38	41	0,0	0,0
47	1,3	41	4	0,0	0,0
48	1,5	64	95	0,0	3,5
49	1,7	19	82	0,0	0,0
50	1,5	0	22	0,0	0,0
51	1,7	47	68	0,0	0,0
52	1,9	36	77	0,0	0,0
53	1,6	79	36	0,0	0,0
54	1,5	17	70	0,6	2,2
55	1,6	42	0	0,0	2,0
56	2,0	81	0	0,0	0,0
57	1,6	70	42	0,0	0,0
58	2,5	96	42	0,7	5,7
59	1,7	35	58	0,0	0,0
60	1,7	0	25	0,0	0,0
61	1,9	83	83	4,2	0,0
62	1,5	68	89	0,0	0,6
63	1,8	94	38	0,0	0,0
64	1,0	85	99	0,0	0,0
65	2,0	34	77	0,0	0,0
66	1,7	24	20	0,0	0,0
67	1,0	0	8	0,0	0,0
68	2,0	55	68	1,1	1,0
69	1,4	17	43	1,4	5,0
70	2,7	97	60	0,0	0,0
71	1,8	96	100	0,0	0,0
72	4,3	43	21	0,0	0,0
73	2,7	55	0	0,0	0,0
74	1,6	48	82	0,0	2,8
75	1,5	53	61	0,0	1,5
76	1,0	83	100	0,0	0,0
77	3,2	46	0	0,0	1,1
78	1,6	62	56	0,0	0,7

<i>Nº</i>	<i>Média de Permanência</i>	<i>Taxa de Cesárea</i>	<i>Taxa de Episiotomia</i>	<i>Taxa Infecção Puerperal em Parto Normal</i>	<i>Taxa Infecção Puerperal em Cesárea</i>
79	1,5	62	28	0,0	1,0
80	6,6	72	79	0,0	1,4
81	3,0	98	0	0,0	0,0
82	2,1	54	62	0,0	0,0
83	1,0	77	52	0,0	0,0
84	2,8	76	81	0,0	0,0
85	2,9	54	50	0,0	0,0
86	1,0	37	88	0,0	0,0
87	2,0	50	93	0,0	0,0
88	2,0	35	0	0,0	0,0
89	2,5	48	66	0,0	0,0
90	2,3	52	81	0,0	0,0
91	1,5	47	47	22,2	12,5
92	2,3	30	30	3,8	0,0
93	3,0	0	2	0,0	0,0
94	3,1	33	33	0,0	0,0
95	2,1	48	67	0,0	0,6
96	1,0	28	72	12,7	23,3
97	1,6	35	42	0,0	5,6
98	1,8	29	55	5,7	13,0
99	1,8	27	88	0,0	0,0
100	1,8	55	0	0,0	0,0
101	2,5	28	42	0,0	0,5
102	1,5	39	62	0,0	0,0
103	2,0	95	22	0,0	0,0
104	1,0	100	0	0,0	0,0
105	2,6	40	100	0,0	0,0
106	1,5	17	0	0,0	0,0
107	1,0	55	86	0,0	1,3
108	1,0	94	18	0,0	0,0
109	1,6	51	83	0,0	0,9
110	1,7	20	100	0,0	0,0
111	2,4	46	51	0,3	0,0
112	1,0	99	25	0,0	0,3
113	2,5	50	75	0,7	1,3
114	1,4	39	80	0,0	0,0
115	1,8	61	70	0,0	0,0
116	2,8	79	93	0,7	0,3
117	1,3	29	43	0,0	0,0
118	1,1	56	41	0,0	0,6
119	2,5	36	32	0,0	0,0
120	2,4	67	17	0,0	0,0
121	3,3	72	16	0,0	0,0

<i>Nº</i>	<i>Média de Permanência</i>	<i>Taxa de Cesárea</i>	<i>Taxa de Episiotomia</i>	<i>Taxa Infecção Puerperal em Parto Normal</i>	<i>Taxa Infecção Puerperal em Cesárea</i>
122	2,3	48	51	0,0	4,8
123	2,0	86	78	0,0	0,0
124	2,3	44	44	1,0	1,1
125	4,4	76	0	0,0	0,0
126	1,0	0	4	0,0	0,0
127	2,0	41	75	0,5	0,0
128	1,5	25	42	0,4	2,7
129	3,0	22	92	0,0	0,0
130	1,9	50	58	0,0	0,6
131	2,3	29	26	0,0	0,0
132	1,7	12	42	0,0	0,0
133	1,1	84	54	0,0	0,0
134	1,9	16	15	9,1	15,9
135	2,0	45	100	0,0	0,0
136	2,5	42	86	0,0	0,0
137	1,6	73	22	0,0	0,8
138	3,0	77	88	1,1	1,0
139	2,8	40	40	40,3	40,3
140	1,1	91	83	0,0	0,0
141	2,1	50	68	0,0	1,0
142	2,4	68	56	0,0	0,0
143	1,0	63	100	0,0	0,0
144	1,4	39	52	0,0	0,0
145	1,6	65	77	0,0	0,0
146	1,8	37	0	0,7	2,8
147	1,6	36	66	0,5	3,1
148	1,0	0	100	0,0	0,0
149	1,0	27	67	0,0	0,0
150	2,2	41	0	0,0	0,0
151	2,7	67	67	66,7	0,0
152	3,8	24	22	0,0	0,0
153	1,2	24	54	0,0	0,0
154	1,7	21	0	0,0	0,0
155	1,1	24	39	0,0	0,0
156	3,0	0	10	0,0	0,0
157	3,9	23	78	1,4	0,0
158	1,0	56	69	0,0	0,0
159	1,0	93	48	9,8	5,9
160	2,1	94	42	0,0	0,3
161	2,3	83	59	0,0	0,3
162	2,3	67	81	0,0	1,2
163	1,5	75	79	0,0	0,0
164	2,1	92	0	0,0	0,0

<i>Nº</i>	<i>Média de Permanência</i>	<i>Taxa de Cesárea</i>	<i>Taxa de Episiotomia</i>	<i>Taxa Infecção Puerperal em Parto Normal</i>	<i>Taxa Infecção Puerperal em Cesárea</i>
165	1,0	57	46	0,0	0,0
166	2,5	60	45	0,0	0,0
167	0,9	65	49	0,0	0,0
168	1,5	67	59	0,0	1,8
169	1,9	65	72	4,9	1,0
170	1,9	51	100	0,0	0,0
171	1,5	46	30	0,0	0,0
172	1,0	68	36	0,0	0,0
173	1,0	63	70	13,0	0,0
174	1,7	54	79	0,0	0,7
175	1,2	55	100	0,0	0,0
176	2,3	33	60	0,9	9,1
177	1,6	55	87	0,0	2,2
178	1,1	99	33	0,0	1,7
179	1,1	32	66	1,1	1,3
180	1,5	42	727	0,3	0,9
181	3,3	73	68	0,0	0,0
182	1,0	43	33	0,2	0,0
183	2,8	59	68	0,2	1,4
184	2,4	99	20	0,0	0,0
185	2,8	67	55	1,4	0,9
186	2,0	88	23	0,0	0,0
187	2,4	97	33	0,0	0,0
188	2,3	50	58	0,4	0,2
189	1,6	59	94	0,0	5,0
190	1,1	58	67	0,0	0,0
191	2,0	94	70	0,0	0,3
192	1,8	45	92	0,0	0,0
193	2,3	69	58	1,7	0,8
194	1,0	41	92	0,0	0,0
195	1,0	73	19	0,0	0,0
196	2,5	73	96	0,0	1,7
197	1,8	99	8	0,0	0,0
198	2,0	92	100	0,0	1,7
199	4,0	39	4	0,0	0,0
200	2,0	91	0	0,0	0,6
201	1,9	95	0	0,0	1,1
202	2,0	85	100	0,0	0,0
203	1,0	95	58	0,0	0,0
204	2,3	94	2	0,0	0,0
205	0,0	92	4	0,0	0,0
206	1,9	91	58	0,0	0,0
207	2,1	0	45	0,0	0,0

<i>Nº</i>	<i>Média de Permanência</i>	<i>Taxa de Cesárea</i>	<i>Taxa de Episiotomia</i>	<i>Taxa Infecção Puerperal em Parto Normal</i>	<i>Taxa Infecção Puerperal em Cesárea</i>
208	1,7	38	76	0,0	2,0
209	1,7	43	19	1,1	0,0
210	2,4	64	65	0,0	0,0
211	1,1	61	100	0,0	0,0
212	1,7	30	39	0,0	0,0
213	4,6	28	63	0,0	0,0
214	1,5	61	56	0,0	0,0
215	1,0	64	79	0,0	0,0
216	1,8	70	0	0,0	0,0
217	1,0	55	100	0,0	0,0
218	1,1	39	82	0,0	0,0
219	2,5	50	79	0,0	2,1
220	3,8	80	55	0,0	0,0
221	2,1	66	0	0,0	0,0
222	1,3	81	69	0,0	0,0
223	1,2	48	63	0,0	0,4
224	2,4	54	61	0,0	1,0
225	1,7	81	69	0,0	0,0
226	3,7	54	100	0,0	0,0
227	2,8	70	100	0,0	0,0
228	1,1	64	100	0,0	0,0

Fonte: SES/MG 2010.

