

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA – EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL

HELAINÉ MARLA GOMES FERREIRA

**ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA MULHER: COM ÊNFASE AO DIAGNÓSTICO
DAS INFECÇÕES DO TRATO URINÁRIO**

VITÓRIA
2016

HELAINÉ MARLA GOMES FERREIRA

**ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA MULHER: COM ÊNFASE AO DIAGNÓSTICO
DAS INFECÇÕES DO TRATO URINÁRIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção de título de mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Diana Cerqueira Sales

VITÓRIA
2016

Dados internacionais de Catalogação -na- Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

F383a Ferreira, Helaine Marla Gomes.
Atenção primária a saúde da mulher: com ênfase ao diagnóstico das infecções do trato urinário. / Helaine Marla Gomes Ferreira. - 2016.
90f.

Orientador (a): Prof.^a Dr.^a Maria Diana Cerqueira Sales

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2016.

1. Saúde da mulher. 2. Infecção do trato urinário (ITU). 3. Atenção primária. 4. Unidades básicas de saúde. I. Sales, Maria Diana Cerqueira. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDU: 613.99

HELAINÉ MARLA GOMES FERREIRA

**ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA MULHER: COM ÊNFASE AO DIAGNÓSTICO
DAS INFECÇÕES DO TRATO URINÁRIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção de título de mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 26 de agosto de 2016.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Maria Diana Cerqueira Sales
Escola Superior da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -
EMESCAM
Orientadora

Prof. Dr. Angela Maria Cauty Santos da Silva
Escola Superior da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -
EMESCAM

Prof. Dr. Daniela Amorim Melgaço Guimarães do Bem
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES

A **Deus** pelo dom da vida e por todo êxito alcançado.

Ao meu esposo, **Lezi**, por ter me incentivado a realizar o Mestrado, pelo carinho e amor a mim dedicado.

As minhas filhas, **Marla** e **Letícia**, pela compreensão e ajuda nos momentos difíceis.

Aos meus queridos e amados pais, **Clóvis** e **Armanda**, minha eterna gratidão por todo empenho ao longo dos seus 94 anos.

AGRADECIMENTOS

A **Deus** por me conceder a força interior para realização deste meu sonho.

A minha gratidão à minha orientadora, professora Dr^a. **Maria Diana Cerqueira Sales**, por toda dedicação, carinho e disponibilidade ao longo de todo o trabalho. Pelo seu voto de confiança e transmissão de seus conhecimentos e experiência profissional.

Às professoras Dr^a **Angela Maria Caulyt Santos da Silva** e Dr^a **Daniela Amorim Melgaço Guimarães do Bem**, pelas valiosas contribuições e sugestões na participação da minha banca.

Ao coordenador do Mestrado, professor Dr. **César Albenez de Mendonça Cruz**, pela atenção e responsabilidade demonstrada.

À minha amiga, conterrânea, Diretora do Laboratório Central Municipal de Vitória/SEMUS, **Maria Regina Azevedo Terrão**, por todo apoio à minha pesquisa.

À amiga Farmacêutica-Bioquímica Sanitarista, **Elisa de Prá Barbosa**, pelo grande auxílio e dedicação à minha pesquisa.

À amiga Farmacêutica-Bioquímica, **Ana Paula Zancanela Bonomo**, por toda ajuda e carinho.

Aos meus amigos, **Márcia Rodrigues** e **Fernando Tonoli Mageski**, pelo encorajamento, companheirismo e paciência nos momentos difíceis.

Às minhas amigas e colegas do mestrado, **Fabrcia Villefort dos Santos Borges** e **Zieli Marcolini**, por toda contribuição e estímulo nos momentos difíceis e de apreensão, mas também por vivenciarmos muitas alegrias.

À toda minha família a qual amo muito, e amigos da PMV, do HUCAM e da comunidade, que sempre me ajudaram e incentivaram o meu crescimento pessoal e profissional.

“Mas aqueles que contam com o Senhor renovam suas forças; ele dá-lhes asas de águia. Correm sem se cansar, vão para frente sem se fatigar.”

Isaías 40:31

RESUMO

As infecções do trato urinário (ITU) se caracterizam como um problema de saúde pública, econômica e social elevado. Estudos sobre a prevalência dessa infecção na população indicaram que a ITU é a infecção bacteriana de maior incidência na clínica médica e afeta principalmente mulheres, sendo responsável por um total de 80% das consultas clínicas no país. Políticas destinadas a responder a um determinado problema de saúde podem trazer as marcas da integralidade, como exemplo, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). As Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Pronto Atendimento (PA) constituem uma valiosa ferramenta para monitoramento do acesso aos serviços e avaliação da qualidade da atenção primária à saúde. Diante do exposto, o objetivo deste trabalho foi avaliar o perfil das Infecções do Trato Urinário em mulheres atendidas nas UBS e nos PAs do município de Vitória/ES. Como metodologia de pesquisa, foi realizado um estudo de base populacional, quantitativo, de corte transversal, exploratório, retrospectiva aos meses de agosto a dezembro de 2014, em mulheres na faixa etária de 15 a 60 anos, através de base de dados de resultados de exames de Urina tipo 1 (EAS) e Urocultura do Laboratório Central Municipal de Vitória/ES. Foram analisados resultados de amostras coletadas nas seis regiões de Saúde do município, definidas pela Secretaria de Saúde, sendo elas as UBS de Continental, Maruípe, Centro, Santo Antônio, São Pedro e Forte São João, assim como os resultados dos PAs da Praia do Suá e de São Pedro. Das 66 mil consultas realizadas em pacientes do sexo feminino durante o período estudado, aproximadamente 21 mil mulheres efetuaram o EAS e a faixa etária prevalente identificada foi a de 20 a 39 anos. Foram encontrados valores aumentados de leucócitos (47,8%), bactéria $> 10^3$ u/L (46,6%) e nitrito positivo (7,0%) no PA de São Pedro, em relação às demais unidades de saúde estudadas. Destas pacientes, aproximadamente 11 mil mulheres ainda realizaram o teste padrão de urocultura, sendo que foram encontrados 1611 (15,0%) resultados positivos (valores $>$ de 10^5 UFC/mL) e destes aproximadamente 50% pertencem a pacientes na faixa etária de 20 a 39 anos. Os PAs de Praia do Suá e de São Pedro apresentaram os maiores valores de uroculturas positivas, 32,5% e 29,9% respectivamente, quando comparados as demais unidades estudadas. Dos micro-organismos encontrados 72% foram bactérias Gram-negativas, seguido de 26% de bactérias Gram-positivas e apenas 2% de

fungos. O micro-organismo mais isolado neste estudo foi a *Escherichia coli* (57,9%), seguido por *Staphylococcus saprophyticus* (7,0%), *Streptococcus agalactiae* (6,6%) e *Enterococcus* spp. (6,0%), bactérias que comumente colonizam o trato gastrointestinal e perivaginal. Este estudo deve ser realizado de forma periódica, juntamente com o desenvolvimento de ações da atenção básica a fim de orientar mulheres quanto aos cuidados a serem tomados e contribuir para a minimização dos casos de ITU em mulheres no município de Vitória.

Palavras-chave: Infecções do trato urinário (ITU). Saúde da mulher. Atenção primária. Unidades básicas de saúde (UBS).

ABSTRACT

Urinary tract infections (UTIs) are characterized as an important public health problem with elevated costs, however, the incidence of this infection in Brazil is difficult to estimate because UTIs are not part of the notifiable group of the Health Public Service. Several studies about prevalence of these infections showed UTIs are prevalent in females, being the most common bacterial infection in medical clinic, responsible for 80% of hospital visits with 20 to 30% of recurrent episodes. Policies decisions about a health problem can be based in a comprehensive care, for example the Woman's Health Comprehensive Care Program (PAISM). Primary health care are very important to disease prevention and hospitalization, disability and early deaths, therefore hospitalizations for causes sensitive to ambulatory care, as Primary health care unit and Emergency department have become a valuable tool to monitoring the access to services and assessing the quality of Primary health care. Thus, the present study was aimed at evaluating the profile of Urinary Tract Infections of women aged 15 to 60 years old who were treated at UBS and PAs in the city of Vitória, Espírito Santo State. We performed a population-based, quantitative, cross-sectional, exploratory and retrospective study of data from urine I exam (EAS) and urine culture and sensitivity done between August 2014 and December 2014 from patients analyzed by Vitória's Municipal Central Laboratory. The research methodology was a populational, quantitative, cross-sectional, exploratory study and retrospective considered the period between August and December 2014 of female patients aged of 15 to 60 years old by database of results of urinalysis and urine culture of Vitória's Municipal Central Laboratory. It were analyzed results of urine samples collected at six defined areas by Vitória's Municipal Health Office: Continental, Maruípe, Centro, Santo Antônio, São Pedro and Forte São João Primary health care unit, as Praia do Suá and São Pedro Emergency department. From a total of 66 thousand medical consultations of female patients, approximately 21 thousand women did urinalysis, being the prevalent ages 20-39 years old. It was found elevated values of leukocytes in urine (47,8%), bacterial concentrations $> 10^3$ cfu/mL (46,6%) and nitrite test (7,0%) in São Pedro Emergency department when compared to the other units. Approximately 11 thousand women still did the standard test urine culture and 1611 (15,0%) samples showed positive result (value $> 10^5$ UFC/mL) and approximately 50% of those belong to age group of 20-39

years old. The Praia do Suá and São Pedro Emergency department showed higher values of positive urine culture, 32,5% and 29,9% respectively when compared to the other units. Microorganisms found were 72% gram-negative bacteria, followed by 26% of Gram-positive bacteria and only 2% of fungi. The most frequent isolated microorganism were *Escherichia coli* (57,9%), followed by *Staphylococcus saprophyticus* (7,0%), *Streptococcus agalactiae* (6,6%) and *Enterococcus spp.* (6,0%), bacteria that commonly colonize the gastrointestinal tract and perivaginal area. This study must be carried out periodically with the development of actions of primary care in order to guide women on the care to be taken that will contribute to the minimization of cases of UTI in women in the city of Vitória.

Keywords: Urinary Tract Infection (UTI). Woman's health. Primary health care. Health Care Unit (UBS)

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Ações promovidas pela Atenção Primária à Saúde.....	33
Figura 2- Mapa das Bases Territoriais de Saúde em Vitória – ES.....	44
Figura 3- Distribuição da Rede de Saúde em Vitória – ES. Os quadros Vermelhos indicam as unidades analisadas.....	45
Figura 4- Fluxograma do delineamento do estudo.....	48
Figura 5- Distribuição percentual do número de exames de urina tipo 1 (EAS) por faixa etária de pacientes atendidas em UBS e PAs no município de Vitória-ES, no período de agosto a dezembro de 2014.....	50
Figura 6- Distribuição percentual do número de uroculturas positivas por faixa etária de pacientes atendidas em UBS e PAs no município de Vitória-ES, no período de agosto a dezembro de 2014.....	51
Figura 7- Percentual dos micro-organismos isolados em uroculturas positivas de pacientes atendidas em UBS e PAs no município de Vitória-ES.....	52
Figura 8- Distribuição percentual de micro-organismos identificados nas amostras de uroculturas de pacientes atendidas por UBS ou PA avaliados no período de agosto a dezembro de 2014.....	54
Figura 9- Distribuição percentual de uroculturas positivas de pacientes atendidas por UBS ou PA avaliados no período de agosto a dezembro de 2014.....	55
Figura 10- Distribuição percentual dos micro-organismos mais frequentes nas UBS ou PA avaliado.....	57
Figura 11- Distribuição percentual dos micro-organismos menos frequentes nas UBS ou PA avaliado.....	57

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Frequência e percentual de micro-organismos causadores de Infecção do Trato Urinário em mulheres com idades entre 15 a 60 anos atendidas em UBS e PAs do município de Vitória-ES, no ano de 2014.....	53
Tabela 2 - Frequência absoluta e relativa dos micro-organismos mais isolados em uroculturas de mulheres de acordo com a UBS ou PA avaliados.....	55
Tabela 3 - Frequência total e frequência absoluta e relativa de nitrito positivo analisado nas amostras de urina de mulheres com idades entre 15 a 60 anos atendidas em UBS e PAs do município de Vitória-ES, no ano de 2014.....	58
Tabela 4 - Número de atendimentos e análises feitas em amostras de urina de mulheres com idades entre 15 a 60 anos atendidas na UBS Forte São João, no ano de 2014.....	58
Tabela 5 - Número de atendimentos e análises feitas em amostras de urina de mulheres com idades entre 15 a 60 anos atendidas na UBS Centro, no ano de 2014.....	59
Tabela 6 - Número de atendimentos e análises feitas em amostras de urina de mulheres com idades entre 15 a 60 anos atendidas na UBS Santo Antônio, no ano de 2014.....	59
Tabela 7 - Número de atendimentos e análises feitas em amostras de urina de mulheres com idades entre 15 a 60 anos atendidas na UBS São Pedro, no ano de 2014.....	59
Tabela 8 - Número de atendimentos e análises feitas em amostras de urina de mulheres com idades entre 15 a 60 anos atendidas na UBS Maruípe, no ano de 2014.....	60
Tabela 9 - Número de atendimentos e análises feitas em amostras de urina de mulheres com idades entre 15 a 60 anos atendidas na UBS Continental, no ano de 2014.....	60
Tabela 10 - Número de atendimentos e análises feitas em amostras de urina de mulheres com idades entre 15 a 60 anos atendidas no	

PA Praia do Suá, no ano de 2014.....	60
Tabela 11 - Número de atendimentos e análises feitas em amostras de urina de mulheres com idades entre 15 a 60 anos atendidas no P.A. São Pedro, no ano de 2014.....	61
Tabela 12 - Frequência absoluta e relativa da resistência a antibióticos nas UBS e PAs analisadas, no município de Vitória no ano de 2014.....	61

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
BA	Bacteriúria Assintomática
BEM	<i>Eosin-Methylene Blue</i>
°C	Grau(s) Celsius
CD4 ⁺	Grupamento de diferenciação 4
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CSAA	Causas Sensíveis à Atenção Ambulatorial
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EAS	Elementos Anormais e Sedimento
EL	Esterase Leucocitária
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ICSAP	Internações por Condições Sensíveis à Saúde
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
ITU	Infecção do Trato Urinário
km	Quilômetro(s)
LCM	Laboratório Central Municipal de Vitória/ES
mL	Mililitro(s)
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PA	Pronto Atendimento
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PDR-ES	Plano Diretor de Regionalização do Espírito Santo
pH	Potencial Hidrogeniônico
PNAISM	Política Nacional para Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher
PSF	Programa de Saúde da Família
SEMUS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TSA	Teste de Sensibilidade <i>In Vitro</i> a Antimicrobianos
UBS	Unidade Básica de Saúde

UFC	Unidades Formadoras de Colônias
UPEC	<i>Escherichia coli</i> uropatogênica
US	Unidade de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	17
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	19
2.1 INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO	19
2.1.1 Classificação da ITU.....	21
2.1.2 Etiopatogênese.....	22
2.1.3 Diagnóstico.....	23
2.1.3.1 Clínico.....	23
2.1.3.2 Laboratorial.....	24
2.1.4 Epidemiologia e Fatores de risco.....	26
2.1.4.1 Incidência das ITUs em relação ao sexo e a idade.....	27
2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS E À SAÚDE DA MULHER.....	29
2.2.1 Atenção primária à saúde e a Estratégia de saúde da família.....	32
2.2.2 Atenção à saúde da mulher.....	35
2.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA/ES.....	36
2.4 DOENÇAS DE INTERNAÇÃO EVITÁVEL POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE.....	40
3 OBJETIVO GERAL.....	42
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	42
4 METODOLOGIA.....	43
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	43
4.2 LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA DO ESTUDO.....	43
4.3 AMOSTRAGEM.....	45
4.3.1 Critérios de inclusão.....	45
4.3.2 Critérios de exclusão.....	46
4.4 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	46
4.4.1 Levantamento bibliográfico.....	46
4.4.2 Coleta e análise de dados.....	46
4.5 ASPÉCTOS ÉTICOS.....	48
5 RESULTADOS.....	50

6 DISCUSSÃO.....	62
7 CONCLUSÕES.....	72
REFERÊNCIAS	73
APENDICES.....	81
APENDICE A - Carta de Anuência.....	82
APENDICE B - Declaração de carta de solicitação para pesquisa na SEMUS.....	83
APENDICE C - Comprovante de submissão de artigo.....	84
ANEXOS.....	85
ANEXO A - Parecer consubstanciado do CEP.....	86
ANEXO B - Declaração SEMUS para a utilização do banco de dados.....	89
ANEXO C - Comunicação interna SEMUS – Encaminhamento de pesquisador.....	90

1 INTRODUÇÃO

As infecções do trato urinário (ITU) se caracterizam como um problema de saúde pública, econômica e social elevado, no entanto, a incidência dessa infecção no Brasil é difícil de ser estimada, por não se enquadrar no grupo de notificação obrigatória do Serviço de Saúde Pública (BRASIL, 2006). Todavia, dados levantados através de estudos feitos sobre a prevalência dessa infecção na população indicaram que a ITU é a infecção bacteriana de maior incidência na clínica médica e afeta principalmente mulheres (FLORES-MIRELES et al., 2015).

Além disso, é preciso ressaltar que apesar da taxa de mortalidade por ITU ser próxima a zero, as consequências deste tipo de infecção em longo prazo podem ser graves como: surgimento de cicatrizes renais, hipertensão arterial, deterioração da função renal e até mesmo complicações na gestação. Além disso, a combinação de infecções recorrentes ou pielonefrite com má-formação do trato urinário ou disfunção miccional aumentam a chance de um dano renal (SILVA JUNIOR, 2012).

A ITU é resultado da infecção e multiplicação de microorganismos em qualquer órgão do trato urinário, ocasionando um processo inflamatório, com manifestação sintomática ou não, estando entre as doenças infecciosas mais comuns na prática clínica (LEVY et al., 2004). Diferentes microrganismos estão associados às ITU, variando de acordo com a dependência onde foi adquirida a infecção, diferindo em ambientes intra e extra-hospitalares (HEILBERG; SCHOR, 2003).

Reformas destinadas a responder um determinado problema de saúde podem trazer as marcas da integralidade, como exemplo, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984, fruto da luta feminista que construiu, ao longo do tempo, conhecimento sobre as demandas das mulheres para além das especificidades reprodutivas, o que representou uma ruptura do ponto de vista biológico materno-infantil (COELHO et al., 2009).

A atenção primária na promoção da saúde e prevenção de agravos e hospitalizações, incapacidades e mortes precoces são de suma importância, logo, as internações por Causas Sensíveis à Atenção Ambulatorial (CSAA) tornaram-se uma valiosa ferramenta para monitoramento do acesso aos serviços e avaliação da qualidade da atenção primária à saúde.

A atenção primária à saúde é o principal projeto de modelo assistencial da Organização Mundial da Saúde e caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde que compreendem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, a nível individual e coletivo, visando a melhoria dos indicadores de saúde, redução das lacunas de morbi-mortalidade, e uma utilização mais racional da tecnologia biomédica, para maior eficiência ao dispêndio no setor (BARBOSA, 2009; BRASIL, 2006; NEDEL et al., 2008; STARFIELD, 2002).

Por este motivo, o estudo visa identificar os patógenos envolvidos nas ITU em mulheres atendidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nos Prontos Atendimentos (PAs) do município de Vitória/ES.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A Infecção Sintomática do Trato Urinário se situa entre as mais frequentes infecções bacterianas no ser humano, considerada a segunda infecção mais prevalente na população em geral (STAMM; NORRBY, 2001; HOBAN et al., 2011). É responsável por um total de 80% das consultas clínicas no país (SILVEIRA et al., 2013), sendo que 20 a 30% destas apresentam episódios recorrentes (MORA et al., 2008). As ITUs também são responsáveis por três milhões de consultas anuais a médicos (ORENSTEIN; WONG, 1999) e gastos financeiros de aproximadamente 1,6 bilhões de dólares/ano, registrando 900.000 casos/ano, nos Estados Unidos (FOXMAN et al., 2000).

Segundo Medeiros et al. (2003), as ITUs estão entre os quatro tipos mais frequentes de infecções em hospitais gerais no Brasil, representando quase 46% das infecções em pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos, sendo que destas, aproximadamente 40% das ITUs são infecções comunitárias, ou seja, adquiridas previamente à admissão do paciente no hospital. A ITU é resultado da colonização microbiana da urina com invasão tecidual de qualquer estrutura do trato urinário, ocasionando um processo inflamatório, com manifestação sintomática ou não (LEVY et al., 2004; POLETTO; REIS, 2005).

2.1 INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO

A infecção, em geral, se inicia por uma inflamação na uretra, ou uretrite, podendo comprometer apenas o trato urinário baixo ou inferior, o que especifica o diagnóstico de cistite, também chamada de Infecção do Trato Urinário baixo (ITU baixo), sem danos aos rins; ou afetar simultaneamente o trato urinário inferior e o superior; neste caso, utiliza-se a terminologia Infecção do Trato Urinário alto (ITU alto), também denominado pielonefrite, onde os rins são atingidos (TORTORA et al., 2012).

O trato urinário se divide em trato urinário superior e inferior, sendo que o primeiro compreende os rins e o ureter abdominal, já o inferior possui como constituintes os ureteres pélvicos, bexiga e uretra (MOORE, 2014). Este sistema possui como finalidade produzir urina, estando relacionado à regulação do equilíbrio hidroeletrólítico, a regulação da osmolaridade dos líquidos corporais e concentrações dos eletrólitos, a regulação da pressão arterial, a secreção de hormônios e a eliminação de produtos nocivos, tanto gerados pelo organismo, quanto substâncias estranhas (GUYTON; HALL, 2011).

Nos rins, a urina começa a ser formada, a partir da filtração do sangue, seguida pela reabsorção tubular de alguns compostos, como a água, aminoácidos e glicose, e por fim, ocorre a secreção tubular, onde substâncias são eliminadas para a luz do tubo, seguindo o trajeto pelos ureteres até a bexiga, órgão que armazena a urina até ser eliminada pela uretra (DANGELO; FATTINI, 2002).

Algumas diferenças entre a relação e posição da bexiga podem ser encontradas entre os sexos, já que nos homens o órgão está relacionado com a vesícula seminal e com o ducto deferente, e nas mulheres a bexiga está conectada por um tecido fibroso frouxo com a parede anterior da vagina e colo do útero. Porém, a maior diferença do trato urinário entre os sexos está no tamanho da uretra, tubo fibromuscular presente no sistema urinário baixo, que é muito menor nas mulheres (MOORE, 2014).

O trato urinário é, em sua maior parte, estéril, sendo colonizado somente no terço distal da uretra, por uma microbiota composta de bactérias aeróbias e anaeróbias. Esta colonização protege o sistema de bactérias patogênicas, juntamente com o pH relativamente ácido da urina, assim como o fluxo urinário que também ajuda a eliminar possíveis patógenos do trato urinário (SILVA et al., 2014). Válvulas fisiológicas impedem o retorno da urina para os rins, mecanismo que ajuda a impedir a colonização destes por microrganismos advindos de infecções do trato urinário inferior (TORTORA et al., 2012). Mesmo com estes mecanismos de proteção, o sistema urinário está sujeito a infecções oportunistas por esquistossomos, protozoários, fungos e, em sua maioria, por bactérias, que provocam a ITU (TRABULSI; ALTERTHUN, 2015).

2.1.1 Classificação da ITU

A ITU também pode ser classificada como não complicada ou complicada, sendo que a primeira ocorre fora do ambiente hospitalar, em paciente com estrutura e função do trato urinário normais, geralmente respondendo bem ao tratamento com antimicrobianos. Já a ITU complicada está associada a causas obstrutivas (hipertrofia benigna de próstata, tumores, corpos estranhos e outros); anátomo-funcionais, em indivíduos com bexiga neurogênica, refluxo vesicoureteral, cistos renais e outros; pode ser causada também por causas metabólicas, como insuficiência renal, diabetes *mellitus* e transplante renal; e ainda por uso de cateter de demora ou outro tipo de instrumento invasivo no trato urinário (HEILBERG; SCHOR, 2003). A distinção clínica entre ambas é importante para determinar a severidade da infecção, estratégias terapêuticas e resultados clínicos (SOBRINHO, 2011). Acrescenta Sobrinho (2011) que as ITUs complicadas são de difícil tratamento com antimicrobianos e geralmente exigem uma correção no defeito de base.

Quanto à evolução, as ITUs podem se apresentar em somente um episódio, sendo resolvido pelo uso de antibioticoterapia, porém quando a terapia não é eficaz, podem também reaparecer em uma recidiva ou recaída de ITU. Outra forma de apresentação é a reinfeção, onde uma nova infecção se instala, tendo como causador um microrganismo diferente do anterior. Por fim, podem ser crônicas, onde o microrganismo persiste por meses ou anos com recidivas após o tratamento (LEVY et al., 2004). A menopausa, a hipertensão e o diabetes são fatores que tornam o indivíduo suscetível a infecções urinárias recorrentes, sendo que a maioria destas pode ser causada pelo mesmo agente microbiano (SOBRINHO, 2011; GORTER et al., 2010).

As cistites são infecções não complicadas enquanto as pielonefrites, ao contrário, são mais complicadas, pois em geral resultam da ascensão de microrganismos do trato urinário inferior, o que pode estar associado à presença de abscessos e cálculos renais (LOPES; TAVARES, 2005).

2.1.2 Etiopatogênese

Os microrganismos podem atingir o trato urinário por três vias distintas: a via ascendente, onde o patógeno pode atingir a bexiga, ureteres e os rins através da uretra, sendo a forma mais comum; pela via hematogênica, devido a qualquer infecção sistêmica que se instala no trato urinário devido à intensa irrigação sanguínea destes órgãos; e também via linfática, onde o microrganismo atinge o trato urinário através das conexões linfáticas, forma mais rara de contração (LEVY et al., 2004).

Diferentes microrganismos estão associados às ITU, variando de acordo com a dependência onde foi adquirida a infecção, diferindo em ambientes intra e extra-hospitalares (HEILBERG; SCHOR, 2003). Dos microrganismos encontrados em amostras de urina de pacientes com ITU, a grande maioria é representada por bactérias gram-negativas, contabilizando quase 80% dos isolados, onde há a predominância de *Escherichia coli*, seguida por bactérias do gênero *Enterobacter*, *Klebsiella* e *Citrobacter* (NERURKAR et al., 2012; POLETTO; REIS, 2005). Quanto às bactérias Gram-positivas, encontramos o *Staphylococcus saprophyticus* como segundo maior causador das ITUs (VIEIRA NETO, 2003).

Das infecções urinárias recorrentes, os patógenos mais encontrados são pertencentes à microbiota enterobacteriana periuretral e perineal (BRUMFITT et al., 1987). Por exemplo, a *E. coli* uropatogênica (UPEC), maior causadora de ITUs, é proveniente do intestino, migrando e colonizando regiões periuretrais, podendo entrar na uretra e se aderir às células epiteliais do trato urinário através de adesinas que se ligam a receptores específicos do epitélio.

A *E. coli* foi denominada inicialmente de *Bacterium coli*, e foi descrita pela primeira vez em 1885 por Theodor Von Escherich. Como a *E. coli* faz parte da microbiota intestinal da maioria dos animais e do homem, foi por muito tempo considerada não patogênica. No entanto esta enterobactéria vem sendo associada a infecções localizadas e sistêmicas em humanos e em animais. Esta bactéria tem vindo a desenvolver mecanismos de virulência e de resistência aos antimicrobianos mais utilizados não só

na rotina clínica, mas também de forma indiscriminada, tornando-se um problema de saúde pública com implicações econômicas e sociais importantes (PAULA, 2012).

Após a adesão, a bactéria libera toxinas que danificam as células do hospedeiro, inclusive as células glomerulares dos rins, em uma ITU alta, podendo, nesse caso, atravessar o epitélio e cair na corrente sanguínea, provocando uma infecção sistêmica (TRABULSI; ALTERTHUN, 2015). Das infecções por *E. coli* aproximadamente 75% dos afetados são mulheres, tendo maior incidência em pacientes com mais de 65 anos (HOBAN et al., 2011).

Muitos microrganismos isolados de ITU apresentam resistência a antibióticos chave para o tratamento da enfermidade, como ampicilina, ciprofloxacina e levofloxacina (HOBAN et al., 2011). Os microrganismos Gram-negativos se mostram resistentes, em sua maior parte, a amoxicilina, seguido por trimetoprim/sulfametoxazol, ciprofloxacina e norfloxacina, enquanto os Gram-positivos apresentam resistência a ampicilina, seguida por ciprofloxacina, oxacilina e trimetoprim/sulfametoxazol, em testes *in vitro* (POLETTI; REIS, 2005).

2.1.3 Diagnóstico

A ITU pode ser assintomática, onde o paciente tem aumento da proliferação bacteriana na urina, porém não apresenta sinais e sintomas de infecção aguda, e pode ser sintomática, que possui um diagnóstico mais rápido devido à presença de sintomas (LOPES; TAVARES, 2004).

2.1.3.1 Clínico

A cistite, infecção do trato urinário baixo, se caracteriza na presença de disúria, que consiste em dificuldade, dor e urgência para urinar, e piúria, presença de leucócitos

na urina. O aspecto da urina é muito importante para o diagnóstico, pois esta pode se apresentar turva e/ou avermelhada, devido ao processo inflamatório em curso (LOPES; TAVARES, 2004). Além disso, também pode ser observada dor hipogástrica, tenesmo vesical e poliaciúria, onde o indivíduo sente dor e a necessidade contínua de urinar (TORTORA et al., 2012). A febre, neste caso, não é comum. Na anamnese, a ocorrência prévia de quadros semelhantes, diagnosticados como cistite, deve ser valorizada (PÊGO, 2008).

Já a pielonefrite, infecção do trato urinário alto, geralmente se inicia como um quadro de cistite, sendo que a maioria dos pacientes relata ITU baixo nos últimos seis meses. A infecção nos rins vem acompanhada de febre, calafrios e dor lombar uni ou bilateral, constituindo uma tríade de sintomas, presente na maioria dos casos. A dor lombar pode se irradiar para o abdômen e, mais raramente, para a virilha, indicando a possível presença de cálculo. A intensidade da infecção costuma estar relacionada com a gravidade da pielonefrite (HEILBERG; SCHOR, 2003).

2.1.3.2 Laboratorial

Os exames mais indicados para a confirmação da ITU são: EAS (elementos anormais e sedimento) ou urina tipo I, Urocultura associada ao Teste de Sensibilidade *In Vitro* a Antimicrobianos (TSA), exames de imagem (HEILBERG; SCHOR, 2003) e hemocultura, em casos de suspeita de pielonefrite (LOPES; TAVARES, 2004).

O EAS é o método mais frequente usado para realizar o diagnóstico, quando associado a anamnese e ao quadro clínico, por ser rápido e barato. Com o uso de fitas reagentes (dipsticks) é possível analisar uma série de parâmetros, como pH, proteínas, presença de Esterase Leucocitária (EL), enzima produzida por neutrófilos, que indica uma infecção ativa e atividade redutora de nitrato. A redução de nitrato para nitrito é tempo-dependente e só positiva quando a amostra possui enterobactérias. Além destes parâmetros, o pH da urina próximo ao neutro, avaliado pela fita, também sugere fortemente a ITU (HEILBERG; SCHOR, 2003).

Apesar do diagnóstico por dipstick ser bastante útil, é um método qualitativo, por isso o método padrão para o diagnóstico da ITU é a urocultura, onde uma amostra de urina é colhida assepticamente e cultivada em meio específico (LOPES; TAVARES, 2004). Para isso, a amostra pode ser obtida a partir de um jato médio da primeira urina da manhã ou, de punção suprapúbica ou de cateter vesical, higienizando o local previamente (RODRIGUES et al., 2013). Para confirmar a infecção urinária, uma amostra de urina com mais de 100.000 Unidades Formadoras de Colônias (UFCs) de patógenos potenciais por mililitro é considerada significativa. Entretanto, em pacientes idosos, com infecção crônica ou que usam antimicrobianos, o valor de 10.000 UFC/mL já é considerado significativo (LOPES; TAVARES, 2004).

A urocultura é um procedimento demorado e, em geral, pacientes com cistite não complicada já estão clínica ou mesmo microbiologicamente curados quando o resultado é entregue. Associada a urocultura, é feito o TSA, onde a cultura será testada para alguns antimicrobianos. Este teste é de pouca utilidade em casos de cistite não complicada, porém, a realização do TSA é de fundamental importância em casos de pielonefrite e infecções urinárias nosocomiais, na orientação da terapia a ser adotada para tratar a ITU (RODRIGUES et al., 2013).

O diagnóstico laboratorial da ITU caracteriza-se pelo crescimento bacteriano de pelo menos 10^5 Unidades Formadoras de Colônias por ml de urina (100.000 UFC/ml) colhida em jato médio e de maneira asséptica (LOPES; TAVARES, 2005). Em determinadas circunstâncias, como em paciente idoso, infecção crônica e uso de antimicrobianos, pode ser valorizado crescimento bacteriano igual ou acima de 10^4 colônias (10.000 UFC/ml) (BEETZ, 2012; DIAS et al., 2009).

A bacteriúria assintomática é a presença de, no mínimo, 10^5 colônias/ml da mesma bactéria em pelo menos duas amostras de urina em paciente que não apresenta os sintomas de ITU habituais (BEETZ, 2012). O diagnóstico da bacteriúria assintomática é feito pela cultura de urina coletada com técnica asséptica. A amostra deve ser enviada ao laboratório no período de até 15 minutos, caso contrário, pode permanecer refrigerada a 4° C por até 24 horas (ROSSI et al., 2011).

Caso se torne necessário, também devem ser feitos exames de imagem, em que o médico optará por realizar uma tomografia ou ultrassom para identificar possíveis anormalidades do trato urinário, em casos de cistite/pielonefrite não resolvidos com terapia empírica. Ainda nos casos de pielonefrite, torna-se necessária a realização de uma hemocultura, método onde é possível identificar o possível agente patogênico presente no sangue, nem sempre identificável em urocultura (LOPES; TAVARES, 2004).

2.1.4 Epidemiologia e fatores de risco

Todas as faixas etárias podem ser acometidas pela ITU, sendo que no primeiro ano de vida é mais comum no sexo masculino, devido à maior quantidade de malformações congênitas nos meninos (VIEIRA NETO, 2003).

Após este período, os valores se invertem e o risco para o sexo feminino aproxima-se de 4,5% enquanto para os meninos é de 0,5%, quando analisadas crianças pré-escolares. Este valor diminui durante a fase escolar e volta a crescer em pacientes do sexo feminino quando iniciam a atividade sexual ou durante a gravidez, podendo chegar a um risco de 50% (LEVY et al., 2004).

A incidência de ITU em homens até os 65 anos é baixa, a não ser que o paciente tenha anormalidades anatômicas, aumento da próstata, tenha usado instrumentação nas vias urinárias ou possua doenças sexualmente transmissíveis, voltando a aumentar a partir desta idade, devido à hipertrofia da próstata comum após os 65 anos, dificultando o esvaziamento vesical e favorecendo a aderência bacteriana, e também do aumento do uso de instrumentação invasiva no trato urinário (RODRIGUES et al., 2013).

As taxas de ITU são bem maiores nos homossexuais masculinos, estando relacionadas com a prática mais frequente de sexo anal não protegido, e também nos indivíduos com prepúcio intacto. Nos indivíduos portadores do vírus HIV, a infecção,

por si só, é um fator de risco para ITU, aumentando em relação direta com a queda dos níveis dos linfócitos CD4⁺ (LOPES; TAVARES, 2005).

A pequena incidência em homens jovens se deve a fatores anatômicos, como uretra mais longa e atividade bactericida do fluido prostático, além do ambiente periuretral mais úmido (VIEIRA NETO, 2003). A uretra feminina tem menos de 5 cm de comprimento e é bem mais próxima do ânus e seus contaminantes quando comparada ao homem, sendo acesso fácil às enterobactérias para os órgãos do trato urinário. Este fato explica a alta incidência de infecções em mulheres, cerca de oito vezes maior que em homens (TORTORA et al., 2012).

As ITUs possuem uma significativa morbidade e custo ao sistema de saúde, já que aproximadamente 25% das mulheres relata no mínimo uma experiência com ITU durante sua vida (BROWN; FREEMAN; FOXMAN, 2002).

2.1.4.1 Incidência das ITUs em relação ao sexo e a idade

No estudo de Rodrigues et al. (2013) é possível notar a prevalência da ITU em mulheres, chegando a 85% contra 15% dos homens em pacientes com idades entre 0 a 80 anos, sendo que mulheres na faixa etária compreendida entre 16 a 40 anos abrangeram quase 60% de todos os indivíduos positivos para ITU.

Em mulheres jovens a relação sexual é o fator de risco mais associado a ITU recorrente (RODRIGUES et al., 2013), pois a migração dos microrganismos para a uretra e bexiga relacionada à atividade sexual, em decorrência da bacteriúria pós-coito, assim como o uso do diafragma e geleia espermicida como métodos contraceptivos, podem alterar a microbiota vaginal, modificando o pH vaginal (FOXMAN; FRERICHS, 1985).

As bactérias encontradas com frequência na vagina são os lactobacilos, que mantêm o pH local ácido, em torno de 4. Estes também liberam peróxido de hidrogênio que

junto com o ácido inibem o crescimento de outras bactérias, como a *E. coli* (AROUTCHEVA et al., 2001). Durante o período reprodutivo, existe uma grande produção de glicogênio pelas células do epitélio vaginal, estimuladas pelo estrógeno, que é metabolizado pelos lactobacilos formando ácido láctico, o qual inibe o crescimento de outras espécies bacterianas. Durante a gravidez e a menopausa, a liberação de estrógeno diminui e, em consequência disso, a quantidade de lactobacilos cai, diminuindo a acidez vaginal. Estas mudanças estão associadas a altas taxas de infecções no trato urinário neste período (TORTORA et al., 2012).

Na menopausa, o enfraquecimento do assoalho pélvico, a redução da secreção vaginal, a contaminação fecal, as alterações tróficas do epitélio e a diminuição brusca dos níveis de estrogênio favorecem o desaparecimento de lactobacilos vaginais (CORRÊA; MONTALVÃO, 2010). Por isso, a maioria das mulheres idosas apresenta Bacteriúria Assintomática (BA) durante a vida, que se apresenta de forma não complicada e afebril, em geral, cistite aguda (MURRAY, 2014).

Como dito, a idade também está relacionada à maior incidência de ITUs, devido à imunodeficiência relacionada à idade, imobilidade, alterações funcionais e orgânicas do trato urinário, além da presença de doenças sistêmicas (CORRÊA; MONTALVÃO, 2010). Por isso, na faixa etária compreendida entre 61 a 80 anos, a diferença discrepante de ITUs entre os sexos é menos percebida, devido ao aumento de casos masculinos de infecção (RODRIGUES et al., 2013).

Pacientes sujeitos à infecção hospitalar completam o nosso quadro de grupos de risco. A ITU adquirida em hospital (nosocomial) representa cerca de 50% do total das infecções adquiridas em hospitais gerais (LOPES; TAVARES, 2004). Tanto homem, quanto mulheres de todas as idades mostram aumento da taxa de ITUs após sofrerem cateterização urinária, pois os cateteres de demora predispõem a bacteriúria ao servir de substrato para adesão dos microrganismos (CORRÊA; MONTALVÃO, 2010), sendo que 100% dos pacientes apresentaram bacteriúria após o uso de cateter em sistema aberto, e 5 a 10% apresentaram a ITU usando o sistema fechado (LEVY et al., 2004).

2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS E A SAÚDE DA MULHER

Entende-se política pública como um conjunto articulado de ações governamentais, direcionado no tratamento de um problema público (FARAH, 2012). Para isso, o poder público desenvolve programas e atividades a fim de assegurar os direitos constitucionais inerentes aos cidadãos (SARRETA, 2009).

Durante o desenvolvimento do processo de reconstrução da democracia no Brasil, políticas públicas foram elaboradas, permitindo maior participação da sociedade civil, através do acesso às informações, integração das discussões, concepção de propostas e tomada de decisões sobre as políticas a serem implantadas. A soberania do povo e a garantia da tomada de decisões políticas de forma coletiva ficaram certificadas no processo de estruturação da Constituição de 1988 (SANTANA, 2013).

Dentre os direitos assegurados como fundamentais, a Constituição Federal de 1988 resguarda, através do artigo 6º, o direito à saúde como sendo direito fundamental e social do ser humano. Para isso, a garantia do direito à saúde se efetiva a partir de políticas sociais e econômicas executadas pelo Estado, tendo como finalidade diminuir o risco de doenças através do acesso universal à saúde (SMANIO; BERTOLIN, 2013).

A melhoria na infra-estrutura dos serviços públicos relacionados à saúde teve início nas discussões ocorridas durante o movimento da Reforma Sanitária, na década de 70, quando um grupo de profissionais liberais e outros grupos sociais se uniram na defesa do reconhecimento da saúde como direito social e universalização do acesso assegurada pelo Estado (MENDES, 2006).

Com a Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários de Saúde, em 1978, realizada em Alma-Ata, no Cazaquistão, antiga União Soviética, ficou estabelecida em âmbito mundial, através do documento final do evento, que a saúde do povo seria acolhida, por meio da promoção de políticas de saúde, em prol do bem-estar físico,

mental e social, como direitos fundamentais dos seus habitantes, enfatizando-se principalmente os cuidados primários (SOUZA; COSTA, 2010).

A VII Conferência Nacional de Saúde, em 1980, promovida pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) foi rumo a essa direção, assumindo caráter de reforma Política Nacional de Saúde, que preconizavam os temas: universalização da cobertura, atenção primária, hierarquização e regionalização, visando diminuir as divergências entre o governo e o Movimento Sanitário (COELHO; LUCENA; SILVA, 2000).

Entretanto, foi a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, de 1986, que o governo reconheceu a necessidade de reestruturação do Sistema Nacional de Saúde, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), através da instituição legal do sistema na Constituinte de 1988, Seção II, Art. 198, como uma política de saúde regionalizada e hierarquizada baseada em princípios como universalização e equidade, além das diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Regulamentados pelas leis orgânicas nº 8.080 e 8.142, do ano de 90, as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS são desenvolvidos conforme as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal de 1988, atendendo ainda princípios que visam um sistema de saúde universal, equitativo e integral (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b; STARFIELD, 2002).

Dessa forma, segundo a lei nº 8.080, entende-se pelo princípio da integralidade da assistência: “[...] como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990a, 18055).

Assim, o SUS prevê o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde desenvolvidos em uma estrutura regionalizada, hierarquizada e descentralizada com direção única em cada esfera de governo, e atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, que envolve desde

a promoção até a recuperação da saúde de todas as pessoas (WEIGELT, 2006; BRASIL, 2009).

Entretanto, apesar dos avanços significativos na implementação do SUS, a extensa territorialidade, a grande desigualdade do país e entraves burocráticos, o princípio da integralidade não foi efetivamente incorporado na prática da organização do sistema, a não ser em experiências isoladas (GIOVANELLA et al., 2009). Após intenso debate sobre a necessidade de avançar no processo de descentralização e regionalização do SUS, o Ministério da Saúde construiu um novo instrumento de gestão para o SUS. Assim, em 2006, os gestores do SUS elaboraram e editaram o Pacto pela Saúde, onde maior ênfase foi dada às necessidades de saúde da população (BRASIL, 2006b). Para prosseguir no sentido de garantir o direito à saúde a toda população, o Pacto pela Saúde adotou princípios, como: respeito às diferenças entre os municípios e entre as regiões, instituição de mecanismos de co-gestão e planejamento regional, valorização da cooperação técnica entre os gestores, acesso à atenção integral à saúde, com qualificação dos instrumentos de regulação e programação e, proposição de financiamento tripartite, estimulando critérios de equidade nas transferências fundo a fundo (BRASIL, 2007).

Para viabilizar a integralidade da atenção, o Pacto conta como eixo estruturante a diretriz de regionalização e se divide em três dimensões: o Pacto em Defesa do SUS, o Pacto de Gestão e o Pacto pela Vida. Destes, o Pacto pela Vida é responsável pela análise da situação de saúde do País e das prioridades estabelecidas pelas esferas federal, estaduais e municipais, que geram um conjunto de compromissos sanitários (BRASIL, 2006b).

Das vertentes pactuadas pelo Pacto pela Vida, diversas prioridades estão relacionadas direta ou indiretamente à Saúde da Mulher, como: investimentos em programas de saúde para mulheres idosas, controle de câncer de mama e do colo de útero, redução da mortalidade materna e infantil, promoção da saúde e fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) (BRASIL, 2007).

Destes, destacam-se a promoção da saúde, que possui como primeiro objetivo a elaboração e implementação de uma política ampla que contemple as diversas faces deste panorama, e o fortalecimento da APS, garantindo que a Estratégia de Saúde da Família alcance a todos (BRASIL, 2007).

2.2.1 Atenção primária à saúde e a Estratégia de saúde da família

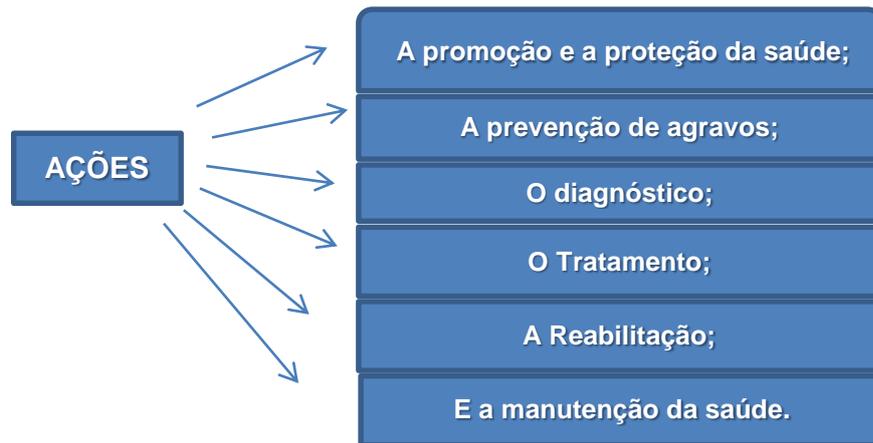
A abordagem da Atenção Primária à Saúde (APS) surgiu em 1979, um ano após a Conferência de Alma-Ata (1978) definindo que, através dos cuidados primários de saúde, todas as pessoas do mundo poderiam alcançar um padrão aceitável de saúde em um futuro próximo (AGUIAR, 2007; CUETO, 2004). Na Conferência foram definidos cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas bem fundamentadas e aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, de acordo com sua plena participação, sendo custeadas pela comunidade e o país conforme cada fase de seu desenvolvimento (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978).

A APS é o principal projeto de modelo assistencial da Organização Mundial da Saúde (OMS), e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde que compreendem a promoção, a proteção, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, a nível individual e coletivo, visando a melhoria dos indicadores de saúde, redução das lacunas de morbi-mortalidade, e uma utilização mais racional da tecnologia biomédica, para maior eficiência ao dispêndio no setor (BARBOSA, 2009; BRASIL, 2006a; NEDEL et al., 2008; STARFIELD, 2002).

Com base nessa compreensão, a APS é o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde, sendo conduzida pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006a).

A percepção da APS, como serviço do primeiro nível de atenção, num sentido de porta de entrada do sistema de saúde, tem, nas unidades básicas, seu território operacional com nível próprio de atendimento e fortalece a integralidade da atenção à saúde (MARQUES; MENDES, 2002; SCHRAIBER, 1990), conforme mostra a Figura 1.

Figura 1 - Ações promovidas pela Atenção Primária à Saúde



Fonte: Elaborada pela autora

Nos últimos anos, a APS passou a ter sua centralidade na Estratégia de Saúde da Família (ESF) que se apóia na vigilância à saúde, com ações organizadas a partir da regionalização, da intersetorialidade e produção social da saúde, sustentando-a como estratégia de organização da APS (GIL, 2006; SCHRAIBER, 1990).

A fim de repensar o coletivo, não se esquecendo do individual, no âmbito da família e pessoal, foi criado em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), que passou a ser considerado como a mais importante estratégia da atenção primária (BRASIL, 2003). Por sua vez, devido a sua potencialidade, complexidade e abrangência, o PSF deixou de ser apenas um programa focalizado e foi institucionalizado pelo Ministério da Saúde, como ESF. Logo, a adoção da estratégia de Saúde da Família e sua evolução, no início da década de 90, incorporando importantes elementos políticos e técnicos e demonstrando seu potencial transformador, evidencia uma proposta para a organização dos sistemas municipais de saúde viabilizando o cumprimento dos princípios do SUS (STARFIELD, 2002).

Desta maneira, integrada à Estratégia de Saúde da Família, a APS visa desenvolver a melhoria das condições de vida da comunidade, permitindo entendimento ampliado no processo saúde-doença e intervenções de impacto que possibilite melhorar a qualidade de vida das pessoas, com enfoque na família, estruturação de equipe multiprofissional, ação preventiva em saúde, detecção de necessidades da população e interação intersetorial com vistas à promoção da saúde (BRASIL, 2001).

Além disso, a atenção primária apresenta entre suas atribuições, o papel de coordenadora do cuidado e ordenadora das redes de atenção à saúde, acompanhando os usuários longitudinalmente, se responsabilizando pela articulação dos diversos serviços e unidades de saúde que compõem as redes, participando na definição de fluxos e elenco das necessidades de saúde de determinada população (BRASIL, 2013).

Ademais, a melhoria das condições de saúde da mulher depende do êxito das ações de saúde desenvolvidas nas unidades básicas, de responsabilidade de todos e, executadas por uma equipe multiprofissional composta por: agente comunitário de saúde, auxiliar de enfermagem, enfermeiro, nutricionista, médico, dentista e assistente social, que atuam por meio do atendimento individual ou em grupo e, adequados às necessidades da mulher, da família e da comunidade (BRASIL, 2010)

Portanto, se refletirmos o conceito de saúde ampliado, é função das políticas públicas colaborar para que mais pessoas alcancem idades avançadas, ativas e em plena saúde, com o intuito de assegurar as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo integralidade da atenção nas diferentes realidades e necessidades de saúde dos indivíduos (VALLE, 2013).

Entretanto, o acesso adequado aos cuidados de saúde, incluindo os serviços de prevenção, pode reduzir a morbidade e morte prematuras decorrentes de doenças infecciosas nos indivíduos, assim como preservar suas funções físicas e mentais, em prol de uma vida saudável. Dessa forma, é relevante que as novas abordagens da Saúde Pública para o alcance da qualidade de vida visem prevenir além do surgimento

de doenças crônicas e incapacitantes, as doenças infecciosas que ainda acometem essa população (VALLE, 2013).

A partir dessas premissas básicas, fica explícita a relevância do trabalho exercido pela equipe da ESF junto às ações de Saúde da Mulher (BRASIL, 2004).

2.2.2 Atenção à saúde da mulher

A saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX e restringia-se às demandas relativas à gravidez e ao parto. Aliás, os programas materno-infantis elaborados nas décadas de 30, 50 e 70 tratavam apenas das questões referentes a sua concepção biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, com a responsabilidade pela educação e cuidado da saúde dos filhos e familiares (BRASIL, 2004).

Na saúde da mulher, a organização dos serviços ganha importância, uma vez que algumas mudanças observadas nas unidades básicas de saúde e nas políticas de saúde trazem a proposta de atendimento à mulher, por meio de programas que levem em consideração a combinação entre as ações básicas de saúde e o atendimento médico individual, o qual apresenta relevância significativa, posto que, o direcionamento das práticas e os trabalhadores de saúde, têm seu olhar voltado para a mulher não mais apenas sob a ótica da reprodução (SOARES, 2007).

Logo, é fundamental a implantação de atividades educativas que possibilitem às mulheres maior conhecimento de seu próprio corpo, facilitando o exercício da sexualidade, alertando sobre os problemas mais comuns de saúde e de como é possível prevenir doenças e promover a saúde como fator de melhoria da qualidade de vida (BRASIL, 2010).

Na atenção à saúde das mulheres, é importante a compreensão quanto à integralidade como a concretização de práticas de atenção que assegurem o acesso

das mulheres a ações resolutivas implantadas de acordo com as especificidades do ciclo vital feminino e das circunstâncias em que as necessidades são geradas. Nesse sentido, o cuidado deve ser mediado pelo acolhimento com escuta sensível de suas demandas, valorizando-se a influência das relações de gênero, raça/cor, classe e origem no processo de saúde e de adoecimento das mulheres (COELHO et al., 2009).

Deste modo, a saúde da mulher é uma prioridade de saúde pública, visto que suas necessidades de cuidados são únicas, pois são afetadas por algumas doenças com maior frequência do que os homens, e ainda podem apresentar enfermidades de forma diferente do que os homens com a mesma condição. Logo, a falta de conhecimento pode contribuir para as disparidades no cuidado de mulheres, no entanto não se pode negar que se trata de um grande desafio (DAVISSON et al., 2010).

A implantação da Política Nacional para Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) preconiza, decerto, a acolher a heterogeneidade que caracteriza o país; observar as condições socioeconômicas e culturais; compreender o perfil epidemiológico da população feminina, que diverge de uma região para a outra; e a trabalhar na realidade local, aumentando a possibilidade de sucesso na assistência à mulher de forma integral (SOARES, 2007).

2.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA/ES

As necessidades em saúde, bem como outras, consideradas básicas para o ser humano, constituem um conjunto de carências sociais cuja temática possui diferentes aspectos a serem abordados, o que faz tornar seu delineamento uma atividade complexa e sua discussão fundamental na sociedade contemporânea, visto que, representa uma possibilidade de bem-estar geral (SILVA, 2004). De acordo com o autor, no Brasil, a construção da trajetória do direito à saúde constitui-se um desafio às políticas de saúde as quais estiveram articuladas diretamente à história da

Previdência Social, de acordo com as principais características dos diversos momentos históricos da sociedade brasileira.

A saúde é um estado de melhoria progressiva da qualidade de vida, considerando o atendimento às necessidades do indivíduo. O que significa, ter igualdade de oportunidade para todos. No Brasil, a Carta Magna de 1988 – Seção II: sobre saúde, em seu art. 196, revela que:

A saúde é um 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 (BRASIL, 1988, p. 136).

Conforme suposto a saúde pública e sobre as ações dos serviços de saúde, cabe ao Poder Público, nos termos da lei, atuar sob sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou por meio de terceiros, por pessoa física ou jurídica de direito privado (MORAES, 2015).

O disposto no art. 197, da Constituição Federal de 1988, *in verbis*:

São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (BRASIL, 1988, p. 196).

O processo do cuidado integral à saúde é missão básica do SUS e da APS por meio da ESF e envolve a promoção da saúde, a redução de risco ou manutenção de baixo risco, a detecção precoce e o rastreamento de doenças, assim como o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 2013).

A realidade do cuidado nos serviços de APS é complexa e cheia de incertezas, e nela os rastreamentos que se juntam ao cuidado clínico cotidiano, quer por iniciativa do paciente, do profissional ou por demanda institucional local. Para que se tenha um efetivo cuidado das pessoas, é imprescindível que se tenha experiência pessoal do processo de saúde, bem como o sofrimento e a doença, e entendê-las no contexto de

vida e sociocultural para alcançar uma abordagem compartilhada com respeito à atenção à saúde (BRASIL, 2013).

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde incorpora os princípios da Reforma Sanitária, levando ao SUS, a adoção da designação Atenção Básica de Saúde (ABS) para destacar a reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal integrado de atenção à saúde (MATTA; MOROSINI, 2013).

Ao se abordar o amplo conceito de saúde, observa-se que este não se refere apenas ao fato de não se ter uma “doença”, mas sim, como um estado que no nível individual pressupõe a sensação de bem-estar. No nível coletivo, populacional, a saúde e a doença, ou melhor, a saúde e os problemas de saúde, são construídos socialmente, mediante processos (LAVRAS, 2011).

A saúde no âmbito da família constitui uma estratégia para a organização e o fortalecimento da atenção básica como o primeiro nível de atenção à saúde no SUS (MATTA; MOROSINI, 2013); e, conforme disposto na Constituição Federal de 1988, em conformidade com os princípios gerais dispostos no art. 1 da Portaria nº 648/2006 (BRASIL, 2006b, p.01). Destaca-se que a ESF objetiva reorganizar a APS, em conformidade com os objetivos propostos pelo SUS, pela ampliação do acesso e pela qualificação das ações da atenção básica, centrando-as no modelo de Promoção da Saúde, construídas com base na reorganização das práticas dos profissionais de saúde (CONILL, 2002; MATTA; MOROSINI, 2013).

A APS é composta de algumas atividades ou ações básicas de saúde, como as que se seguem: educação sobre os métodos de prevenção da doença; atendimento aos problemas de alimentação, abastecimento de água e saneamento básico; imunização; combate às enfermidades endêmicas locais; tratamento das doenças e traumatismos comuns; e provisão dos medicamentos essenciais (ALEIXO, 2002; GIOVANELLA et al., 2009).

Aleixo (2002), que, as atividades ou ações básicas de saúde da APS, devem seguir as premissas da OMS, dentro de um contexto obrigatório, de: integralidade ao sistema

nacional de saúde; uma cooperação estreita dos setores econômicos e sociais; remanejamento dos recursos que estejam disponíveis em direção aos desassistidos; uma organização eficiente no que se refere aos serviços e ações básicas secundárias e terciárias de saúde, no que se refere à qualidade; e maior participação e controle pela sociedade.

Considerada um conjunto integrado de ações básicas, a APS encontra-se articulada a um sistema de promoção e assistência integral à saúde. Explica Starfield (2002) que a Atenção Primária abarca os problemas mais comuns da comunidade, com isso, proporciona serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar.

A APS unifica a atenção quando há mais de um problema de saúde, e lida com o contexto onde a doença existe e influencia as pessoas a buscarem por respostas a respeito de seus problemas de saúde. É a atenção que organiza e racionaliza a utilização de todos os recursos básicos e especializados, com foco na promoção, na manutenção e na melhoria da saúde (STARFIELD, 2002).

Visando o fortalecimento do vínculo com a comunidade, o município de Vitória implantou o PSF em 1998, através do projeto **Saúde da Família – Uma estratégia para o Novo Milênio** (ALVARENGA, 2005).

O contexto histórico em que se deu a implantação do PSF se refere ao período de territorialização do município de Vitória, em 1994, momento em que foram estudadas as áreas de abrangência de cada unidade de saúde. Por sua vez, só forma definidas delimitações geográficas, sem uma responsabilização sobre os problemas do território (BRASIL, 2002).

Em 1995, a Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (SEMUS) iniciou o processo de reorganização da Atenção Primária, onde, diante da necessidade de municipalização dos serviços de saúde, efetivou-se a implantação de um sistema integrado de base territorial contendo seis Regiões de Saúde e áreas de abrangência para cada unidade de saúde (BRASIL, 2002).

A capital do Espírito Santo se caracteriza pelo sistema municipal com maior nível de organização na municipalização da atenção primária. Vitória é o município-polo, concentrando a maioria dos serviços complexos e recursos assistenciais, segundo o Plano Diretor de Regionalização do Espírito Santo (PDR-ES) (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2010).

2.4 DOENÇAS DE INTERNAÇÃO EVITÁVEL POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

Inúmeros esforços têm sido realizados para avaliar o acesso da população e a qualidade dos cuidados da rede básica por meio da elaboração de estudos que descrevem as taxas de internação evitáveis (DIAS-DA-COSTA et al., 2008; TOSO, 2011).

A atenção primária na promoção da saúde e prevenção de agravos e hospitalizações, incapacidades e mortes precoces são de suma importância. Aliás, atenção primária efetiva está associada a menores custos, maior satisfação dos usuários e melhores indicadores de saúde, mesmo em situações de grande desigualdade social (JUNQUEIRA; DUARTE, 2012)

Perpetuo e Wong (2006) mencionam que, ao longo da última década, as internações por Causas Sensíveis à Atenção Ambulatorial (CSAA) tornaram-se uma valiosa ferramenta para monitoramento do acesso aos serviços e avaliação da qualidade da atenção primária à saúde.

Causas Sensíveis à Atenção Ambulatorial (CSAA) são definidas como um conjunto de problemas de saúde para os quais a efetiva ação da atenção primária diminuiria o risco de internações, ou seja, condição que, devidamente tratada pelo serviço básico de saúde, não demandaria internação (ALFRADIQUE et al., 2009; PERPETUO; WONG, 2006).

A propósito, a ocorrência de internações por essas condições deve ser mínima, considerando que se os cuidados ambulatoriais foram apropriados sob o aspecto clínico e fornecidos no tempo correto auxiliam na redução do risco de hospitalizações, por prevenirem o início da doença ou pelo manejo adequado de uma doença crônica (SHI et al., 1999).

Do total das CSAA, foram relacionadas dezenove categorias de diagnóstico consideradas potencialmente evitáveis, de modo que oito delas representaram 85% das internações, as quais incluem: pneumonias bacterianas, insuficiência cardíaca, gastroenterites, bronquite/doença pulmonar obstrutiva crônica, asma, saúde mental, hipertensão e infecções do rim e trato urinário (PERPETUO; WONG, 2006; TOSO, 2011).

As ITUs se caracterizam como um problema de saúde pública, econômica e social elevado, no entanto, a incidência dessa infecção no Brasil é difícil de ser estimada, por não se enquadrar no grupo de notificação obrigatória do Serviço de Saúde Pública (BRASIL, 2006a). Todavia, dados levantados através de estudos feitos sobre a prevalência dessa infecção na população indicaram que a ITU é a infecção bacteriana de maior incidência na clínica médica e afeta principalmente mulheres (SILVA JUNIOR, 2012).

Além disso, é preciso ressaltar que apesar da taxa de mortalidade por ITU ser próxima a zero, as consequências deste tipo de infecção em longo prazo podem ser graves como: surgimento de cicatrizes renais, hipertensão arterial, deterioração da função renal e até mesmo complicações na gestação. Além disso, a combinação de infecções recorrentes ou pielonefrite com má- formação do trato urinário ou disfunção miccional aumentam a chance de um dano renal (SILVA JUNIOR, 2012).

3 OBJETIVO GERAL

Avaliar o perfil das Infecções do Trato Urinário em mulheres com urocultura positiva atendidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nos Prontos Atendimentos (PAs) do município de Vitória/ES.

3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar os agentes etiológicos mais frequentes das bactérias isoladas de uroculturas de pacientes atendidas nas UBS do município de Vitória/ES, no período de agosto-dezembro de 2014;
- b) Determinar a incidência dos microrganismos causadores de ITU em mulheres nas UBS do município de Vitória/ES;
- c) Comparar a incidência dos microrganismos causadores de ITUs nas UBS e PAs.

3 METODOLOGIA

Como metodologia foram abordados os seguintes aspectos tipo de estudo, localização geográfica do estudo, amostragem, delineamento do estudo e aspectos éticos.

4.1 TIPO DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada através de um estudo de base populacional, quantitativo, de corte transversal, exploratório, e a coleta de dados foi retrospectiva aos meses de agosto a dezembro de 2014.

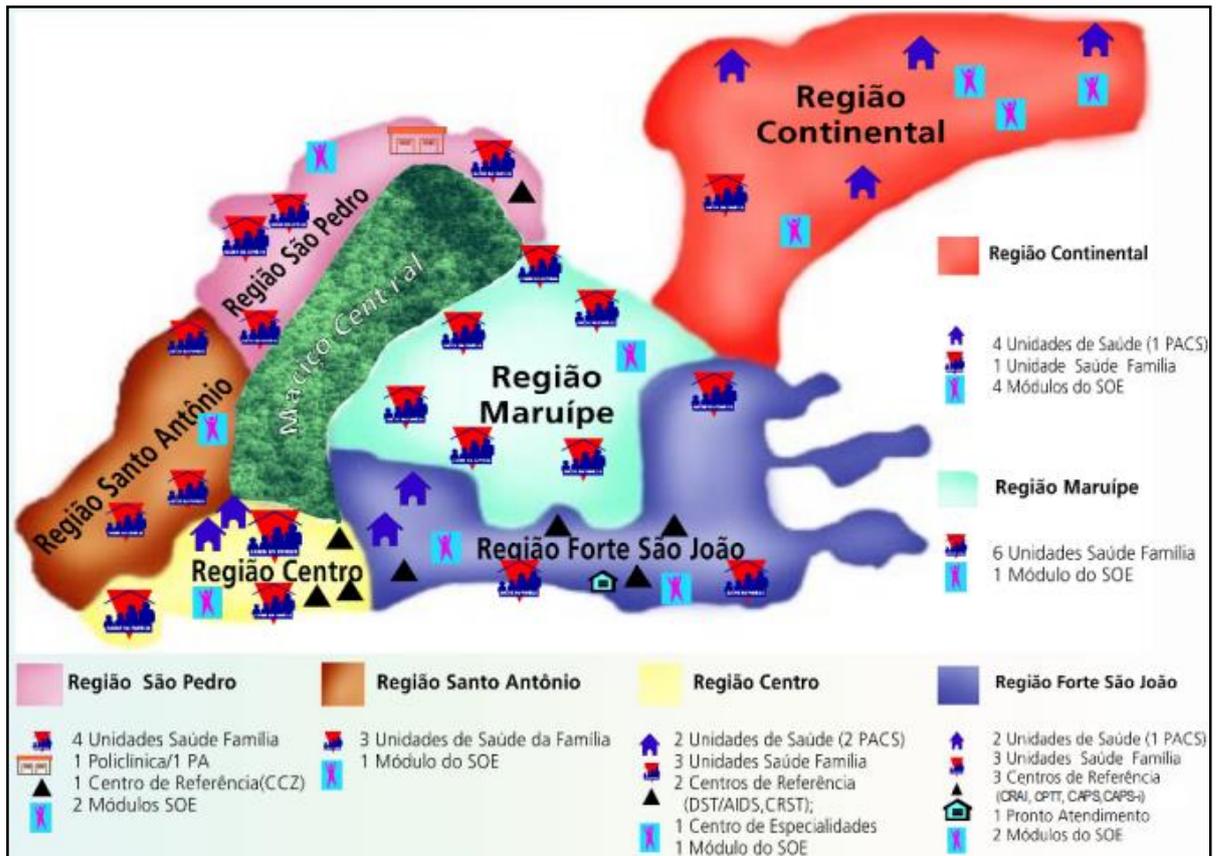
4.2 LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA DO ESTUDO

O estudo foi realizado no município de Vitória, capital do Espírito Santo, cuja extensão territorial é de 97.400 km² e possui uma população estimada de 355.875 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2016).

A rede SUS no município de Vitória é organizada sobre bases territoriais, onde os serviços de saúde são divididos através de sua área de abrangência. De acordo com essas bases, o município possui vinte e sete territórios de saúde que contemplam a população de 79 bairros. Assim, segundo o Relatório de Gestão do exercício de 2010 da secretária de Saúde, o município de Vitória é dividido em seis regiões de Saúde: Continental, Maruípe, Centro, Santo Antônio, São Pedro e Forte São João, conforme apresentado nas Figuras 2 e 3. A rede própria é constituída de 28 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo 4 UBS sem estratégia Saúde da Família (ESF), 3 com programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e 21 com ESF (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2011).

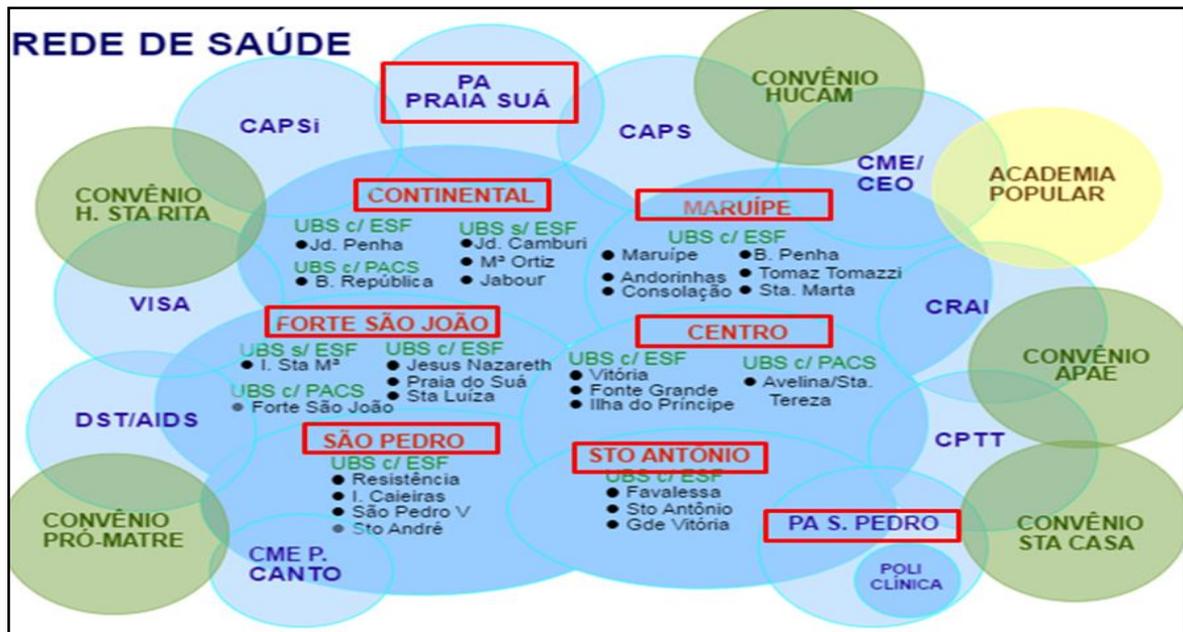
Além das regiões de saúde, coletamos dados dos 2 prontos atendimentos com atendimento 24 horas do município de Vitória: Pronto Atendimento de São Pedro e Pronto Atendimento da Praia do Suá (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2013).

Figura 2 - Mapa das bases territoriais de saúde em Vitória – ES



Fonte: Prefeitura Municipal de Vitória (2010)

Figura 3 - Distribuição da rede de saúde em Vitória – ES



Os quadros vermelhos indicam as unidades analisadas

Fonte: Prefeitura Municipal de Vitória (2010)

4.3 AMOSTRAGEM

Para a elaboração de um banco de dados, foram utilizados os dados coletados, considerando todos os exames laboratoriais de Urina tipo 1 (EAS) e Uroculturas realizados no Laboratório Central Municipal (LCM), do Município de Vitória-ES, que atende às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Prontos Atendimentos (PAs).

4.3.1 Critérios de inclusão

Foram selecionados resultados de exames laboratoriais de EAS e Urocultura, em mulheres com idade entre 15 a 60 anos, que apresentaram urocultura positiva.

4.3.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos da análise os resultados de EAS e Urocultura das mulheres que estavam em uso de antibioticoterapia.

4.4 DELINEAMENTO DO ESTUDO

O delineamento do estudo consistiu em levantamento bibliográfico que possibilitou a elaboração de uma revisão sobre políticas da saúde da mulher e ITU, assim como a coleta e análise de dados.

4.4.1 Levantamento bibliográfico

O Levantamento bibliográfico foi realizado através de artigos científicos, livros de relevância, teses e dissertação nacionais e internacionais indexados nas seguintes bases eletrônicas: Pubmed, Science direct, Web of Science, SciELO, Lilacs, revistas e Portal de Teses Capes. Foram utilizadas combinações de palavras-chaves e descritores como estratégia de busca, tais como: Infecções do Trato Urinário (ITU), Saúde da Mulher, Atenção Primária e Unidades Básicas de Saúde (UBS).

4.4.2 Coleta e análise de dados

Foi realizada a análise de resultados, através de base de dados, de exames de pacientes com Urina tipo 1 (EAS) e Urocultura positiva do Laboratório Central Municipal de Vitória/ES. Os dados coletados através do Sistema de Automação de Laboratório E-lis operacional Versão 7.1 (2011).

Inicialmente foi criada uma planilha com os resultados de EAS e Urocultura positiva. Em relação ao EAS, foram coletados os seguintes dados:

- Exame químico: nitrito (positivo ou negativo),
- Sedimentoscopia: leucócitos ($\geq 30.0/\mu\text{L}$) e flora bacteriana ($\geq 1000/\mu\text{L}$)

Em relação à urocultura, foram avaliados os seguintes dados:

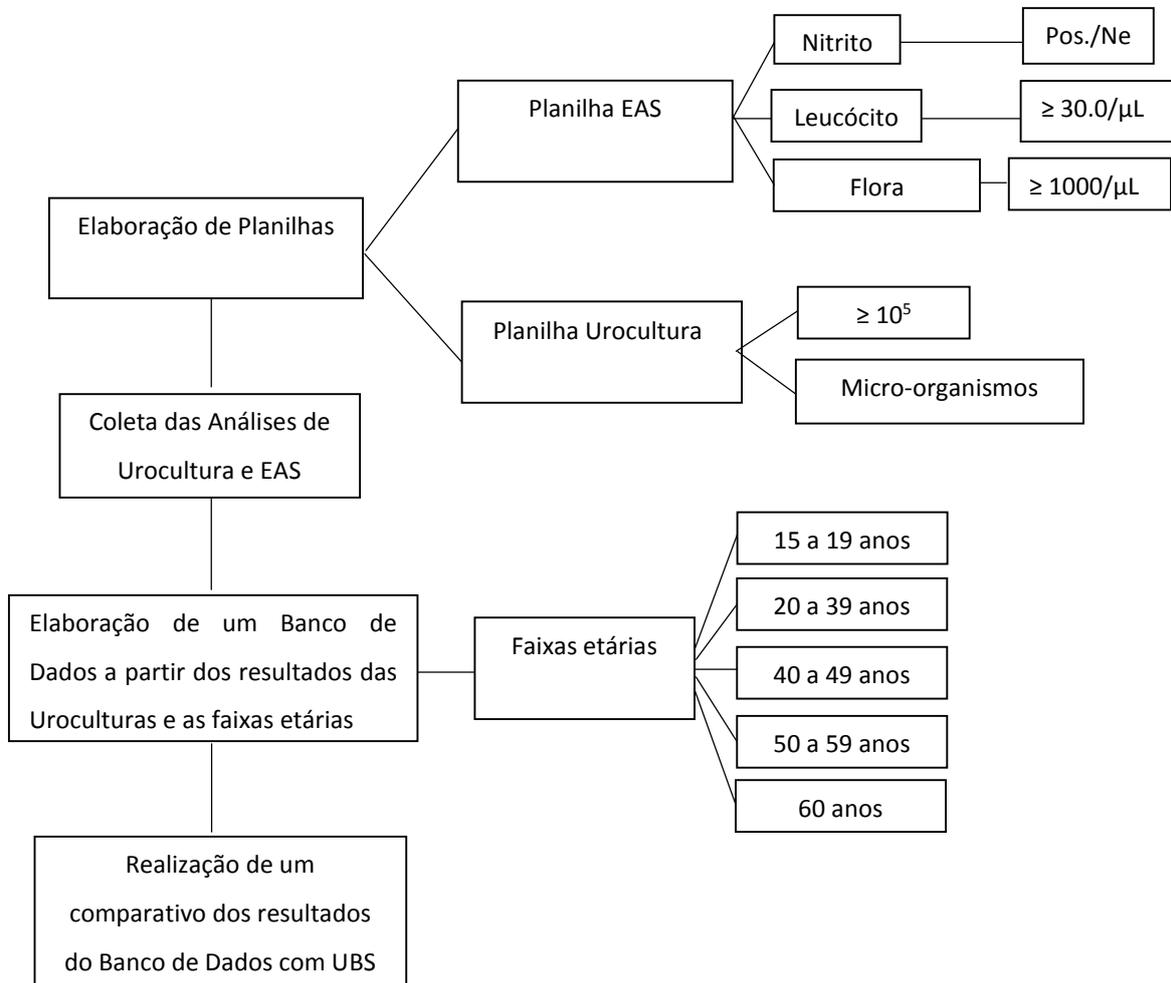
- Crescimento bacteriano $\geq 10^5$ UFC/mL.
- Microorganismos isolados

A partir dos resultados obtidos, foi construído o banco de dados, relacionando os exames, com as faixas etárias: 15 a 19 anos, 20 a 39, 40 a 49, 50 a 59 e 60 anos.

Foi realizada uma análise comparativa dos resultados obtidos em UBS (Forte São João, Centro, Santo Antônio, São Pedro, Maruípe e Continental) e PAs (Praia do Suá e São Pedro). Todo o delineamento do estudo pode ser visualizado na Figura 4.

Os dados foram coletados em planilhas do Programa Microsoft Office Excel 2007. As variáveis quantitativas foram avaliadas por meio de medidas de resumo de dados, como: frequência: absoluta e relativa, e percentual.

Figura 4 - Fluxograma do delineamento do estudo



Fonte: Elaborado pela autora

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética segundo parecer CAAE: 42277415.8.0000.5065 (ANEXO A).

A participação nesta pesquisa trouxe risco mínimo aos participantes, pois não trouxe complicações legais. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedeceram aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº.

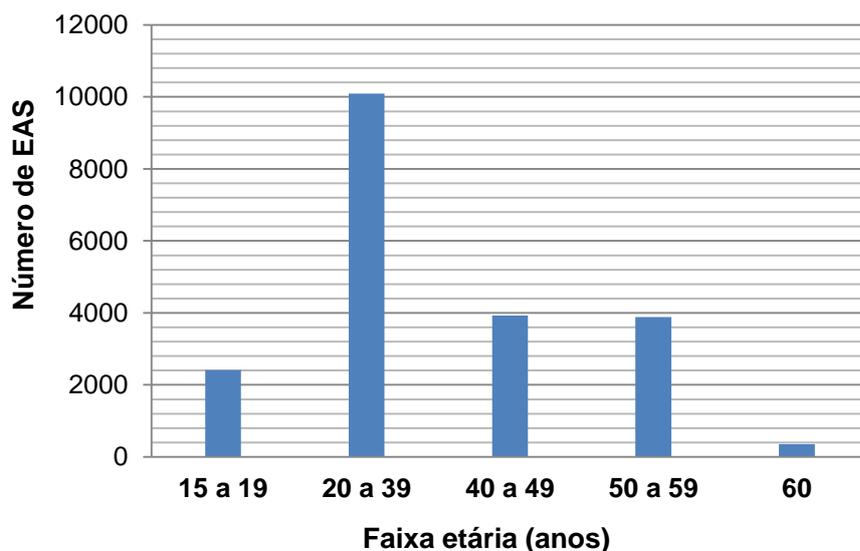
466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados ofereceu riscos à dignidade, ou ao bem-estar físico, emocional, psicológico e moral. Para garantir a privacidade e confidencialidade das informações coletadas, as informações foram tratadas de forma anônima e confidencial.

5 RESULTADOS

Com base no banco de dados criado em nosso estudo, o presente trabalho traçou uma avaliação das ITUs mais frequentes em mulheres no município de Vitória, visto que ainda não existiam estudos que elucidassem a faixa etária mais acometida, assim como os microrganismos mais frequentes nas UBS e PAs do município. Portanto, se fez necessária a realização de estudos que trouxessem a real perspectiva da ocorrência desta infecção tão importante e que pode trazer diversos prejuízos à saúde da mulher.

Através de uma pesquisa retrospectiva de exames de urina feitos entre os meses de agosto a dezembro de 2014, foram registradas aproximadamente 66 mil consultas por pacientes do sexo feminino com idades compreendidas entre 15 a 60 anos, atendidas em UBS e PAs do município de Vitória. Destes atendimentos, 20.665 mulheres realizaram exame de urina tipo 1 (EAS), como demonstrado na Figura 5.

Figura 5 - Distribuição percentual do número de exames de urina tipo 1 (EAS) por faixa etária de pacientes atendidas em UBS e PAs no município de Vitória-ES, no período de agosto a dezembro de 2014

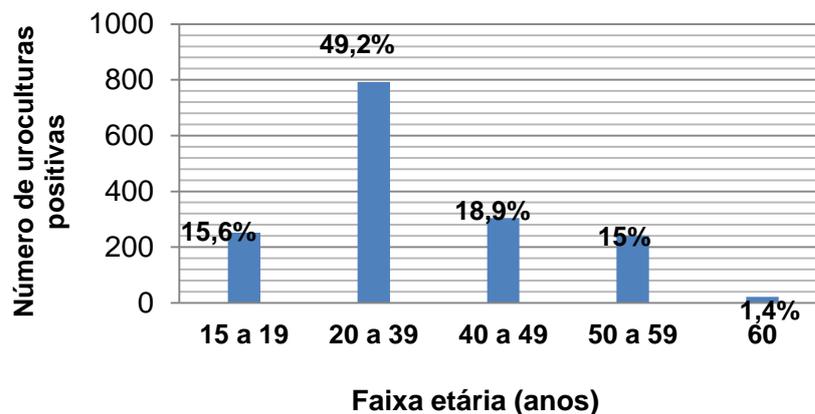


Fonte: Elaborada pela autora

Das pacientes atendidas, 10.681 amostras foram colhidas para a realização de uroculturas. Destas, um total de 1.611 (15,08%) apresentou crescimento bacteriano de pelo menos 100.000 UFC/mL.

Em concordância com o trabalho de Rodrigues et al. (2013), dentre as uroculturas positivas das pacientes analisadas, aproximadamente 50% pertencia a mulheres com faixa etária entre 20 a 39 anos, tendo este valor estendido para 65% se incluirmos jovens de 15 a 19 anos, conforme notamos na Figura 6.

Figura 6 - Distribuição percentual do número de uroculturas positivas por faixa etária de pacientes atendidas em UBS e PAs no município de Vitória-ES, no período de agosto a dezembro de 2014



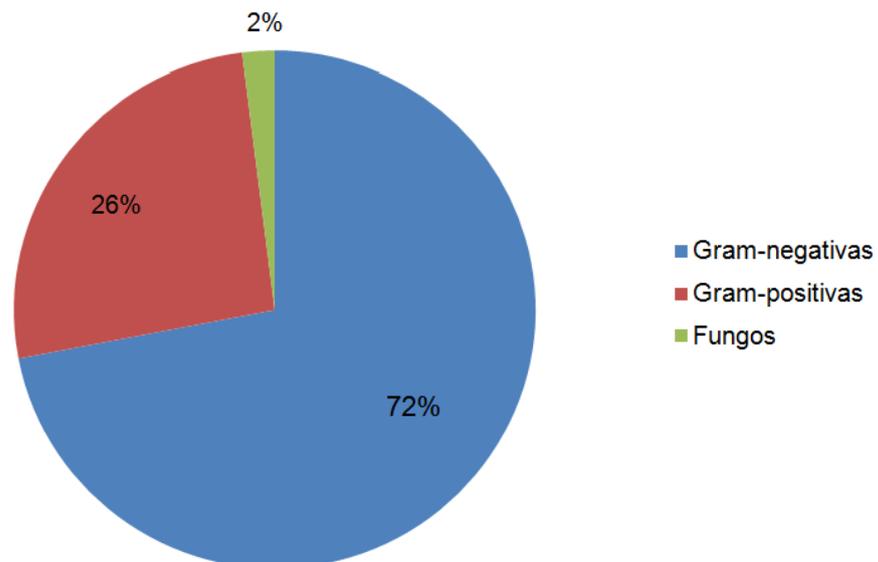
Fonte: Elaborada pela autora

Ainda podemos constatar que a segunda faixa etária mais acometida se encontra entre 40 e 49 anos, assim como descreve Corrêa e Montalvão (2010) em seu estudo, fato que associa à menopausa.

Quanto aos micro-organismos encontrados, nossos achados coincidem com os trabalhos de Nerurkar et al. (2012) e Poletto e Reis (2005) quanto a ordem de frequência dos organismos encontrados, os quais são: bactérias Gram-negativas

(72%), seguidas por bactérias Gram-positivas (26%) e, por último, fungos (2%), conforme se nota na Figura 7.

Figura 7 - Percentual dos micro-organismos isolados em uroculturas positivas de pacientes atendidas em UBS e PAs no município de Vitória-ES



Fonte: Elaborada pela autora

Neste estudo, encontramos uma distribuição dos microrganismos semelhante a registradas por outros autores, os quais identificaram a *E. coli* (57,9%) como o micro-organismo mais isolado (FEITOSA et. al, 2009; POLETTTO; REIS, 2005), seguido por *Staphylococcus saprophyticus* (7,0%), *Streptococcus agalactiae* (6,6%) e *Enterococcus* spp. (6,0%) e outras descritas na Tabela 1. Isto pode ser justificado pelo fato da *E. coli*, além de colonizar o trato gastrointestinal, possuir características estruturais e capacidade de invasão do uroepitélio que lhe permitem ascender e permanecer no trato urinário, diferenciando-se de outras enterobactérias que são encontradas em número muito inferior (LÜTHJE; BRAUNER, 2016), como mostrado na Figura 8. Importante citar a presença do *Streptococcus agalactiae* em 6,6% das uroculturas positivas estudadas, vez que a colonização vaginal e do trato urinário por este patógeno é importante fator de risco para infecção neonatal (AHMADZIA; HEINE, 2014).

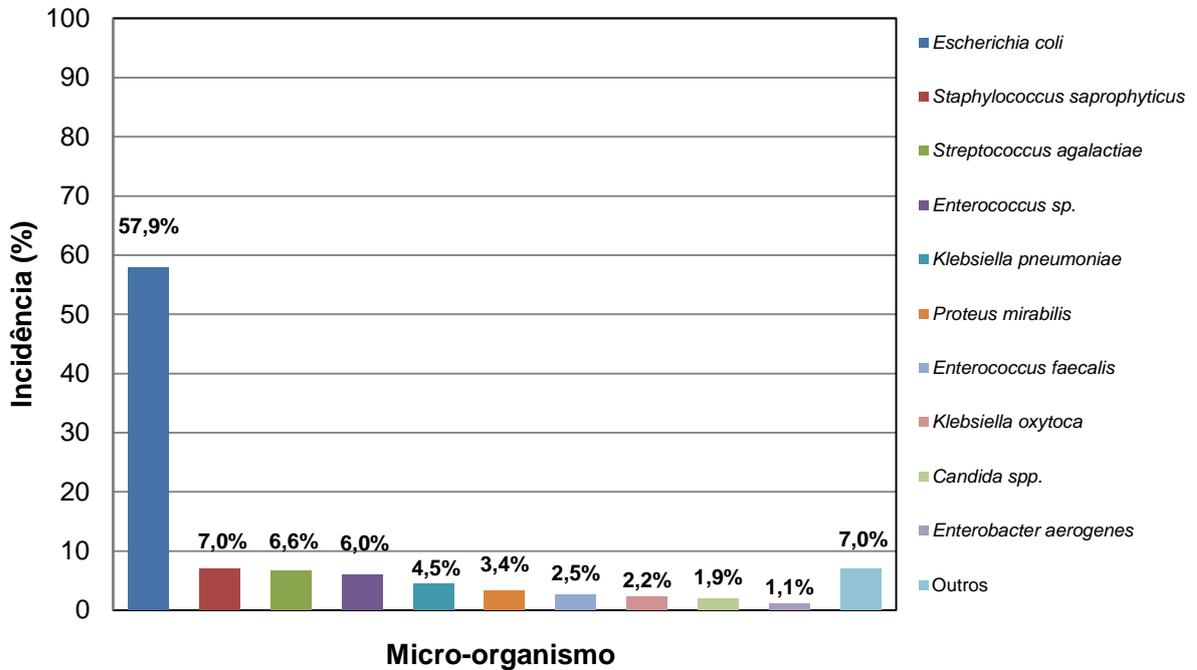
Tabela 1 - Frequência e percentual de micro-organismos causadores de Infecção do Trato Urinário em mulheres com idades entre 15 a 60 anos atendidas em UBS e PAs do município de Vitória-ES, no ano de 2014

Organismo	Número	%
Bacilos gram-negativos (BGN)	1157	71,8
<i>Escherichia coli</i>	932	57,9
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	73	4,5
<i>Proteus mirabilis</i>	54	3,4
<i>Klebsiella oxytoca</i>	36	2,2
<i>Enterobacter aerogenes</i>	17	1,1
<i>Citrobacter freundii</i>	11	0,7
<i>Enterobacter cloacae</i>	9	0,6
<i>Citrobacter koseri</i>	7	0,4
<i>Raoultella (K.) ornithinolytica</i>	4	0,2
<i>Citrobacter amalonaticus</i>	3	0,2
<i>Escherichia hermannii</i>	2	0,1
<i>Kluyvera ascorbata</i>	2	0,1
Outros	7	0,4
Cocos gram-positivos (CGP)	423	26,3
<i>Staphylococcus saprophyticus</i>	113	7
<i>Streptococcus agalactiae</i>	110	6,6
<i>Enterococcus spp.</i>	96	6
<i>Enterococcus faecalis</i>	41	2,5
<i>Staphylococcus aureus</i>	14	0,9
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	12	0,7
<i>Staphylococcus hominis</i>	10	0,6
<i>Staphylococcus haemolyticus</i>	9	0,6
<i>Staphylococcus capitis</i>	6	0,4
<i>Staphylococcus xylosus</i>	3	0,2
<i>Staphylococcus warneri</i>	2	0,1
Outros	7	0,4
Fungos		
<i>Candida spp.</i>	31	1,9
Total	1611	100

Outros: *Kluyvera cryocrescens*, *Proteus vulgaris*, *Providencia stuartii*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Pseudomonas oryzihabitans*, *Serratia marcescens* e *Yersinia ruckeri* (BGN); *Staphylococcus auricularis*, *Staphylococcus cohnii*, *Staphylococcus intermedius*, *Staphylococcus schleiferi*, *Streptococcus bovis II*, *Streptococcus pneumoniae* e *Streptococcus salivarius*(CGP).

Fonte: Elaborada pela autora

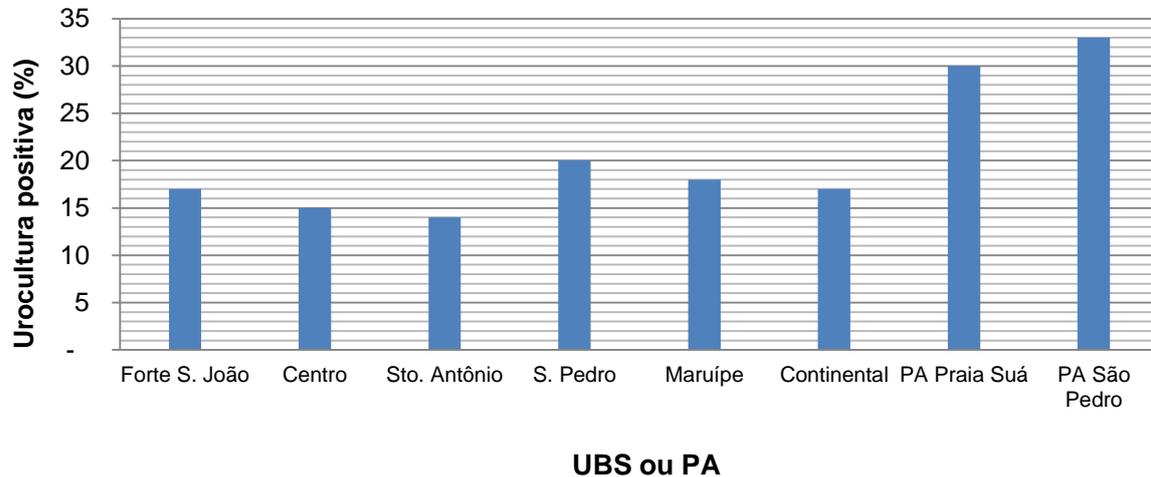
Figura 8 - Distribuição percentual de micro-organismos identificados nas amostras de uroculturas de pacientes atendidas por UBS ou PA avaliados no período de agosto a dezembro de 2014



Fonte: Elaborada pela autora

Das UBS e PAs analisados, observamos alta incidência de uroculturas positivas no PA de São Pedro (32,5%), seguido do PA da Praia do Suá (29,5%), em comparação as demais unidades estudadas, conforme mostra a Figura 9.

Figura 9 - Distribuição percentual de uroculturas positivas de pacientes atendidas por UBS ou PA avaliados no período de agosto a dezembro de 2014



Fonte: Elaborada pela autora

A distribuição dos micro-organismos mais frequentes isolados em uroculturas de mulheres e sua respectiva porcentagem de acordo com a UBS ou PAs estudadas estão expressas na Tabela 2.

Tabela 2 - Frequência absoluta e relativa dos micro-organismos mais isolados em uroculturas de mulheres de acordo com a UBS ou PA avaliados

(continua)

Micro-organismo	Forte S. João	Centro	Sto. Antônio	S.Pedro	Maruípe	Continenta I	PA P. Suá	PA São Pedro
<i>Escherichia coli</i>	115 (54%)	50 (54,3%)	105 (61,4%)	124 (54,1%)	179 (63,5%)	207 (53,4%)	65 (64,4%)	87 (64,4%)
<i>Staphylococcus saprophyticus</i>	13 (6,1%)	2 (2,2%)	16 (9,4%)	9 (3,9%)	16 (5,7%)	27 (7%)	11 (10,9%)	19 (14,1%)
<i>Streptococcus agalactiae</i>	21 (9,9%)	10 (10,9%)	9 (5,3%)	23 (10%)	19 (6,7%)	25 (6,4%)	3 (3%)	0
<i>Enterococcus spp.</i>	16 (7,5%)	3 (3,3%)	14 (8,2%)	13 (5,7%)	15 (5,3%)	28 (7,2%)	3 (3%)	4 (3%)
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	8 (3,8%)	3 (3,3%)	3 (1,8%)	11 (4,8%)	11 (3,9%)	28 (7,2%)	2 (2%)	7 (5,2%)
<i>Proteus mirabilis</i>	9 (4,2%)	3 (3,3%)	6 (3,5%)	11 (4,8%)	9 (3,2%)	8 (2,1%)	4 (4%)	4 (3%)
<i>Enterococcus faecalis</i>	13 (6,1%)	3 (3,3%)	4 (2,3%)	3 (1,3%)	8 (2,8%)	8 (2,1%)	1 (1%)	1 (0,7%)
<i>Klebsiella oxytoca</i>	2 (0,9%)	1 (1,1%)	5 (2,9%)	6 (2,6%)	8 (2,8%)	11 (2,8%)	1 (1%)	2 (1,5%)
<i>Candida spp.</i>	5 (2,3%)	2 (2,2%)	1 (0,6%)	9 (3,9%)	1 (0,4%)	13 (3,4%)	0	0

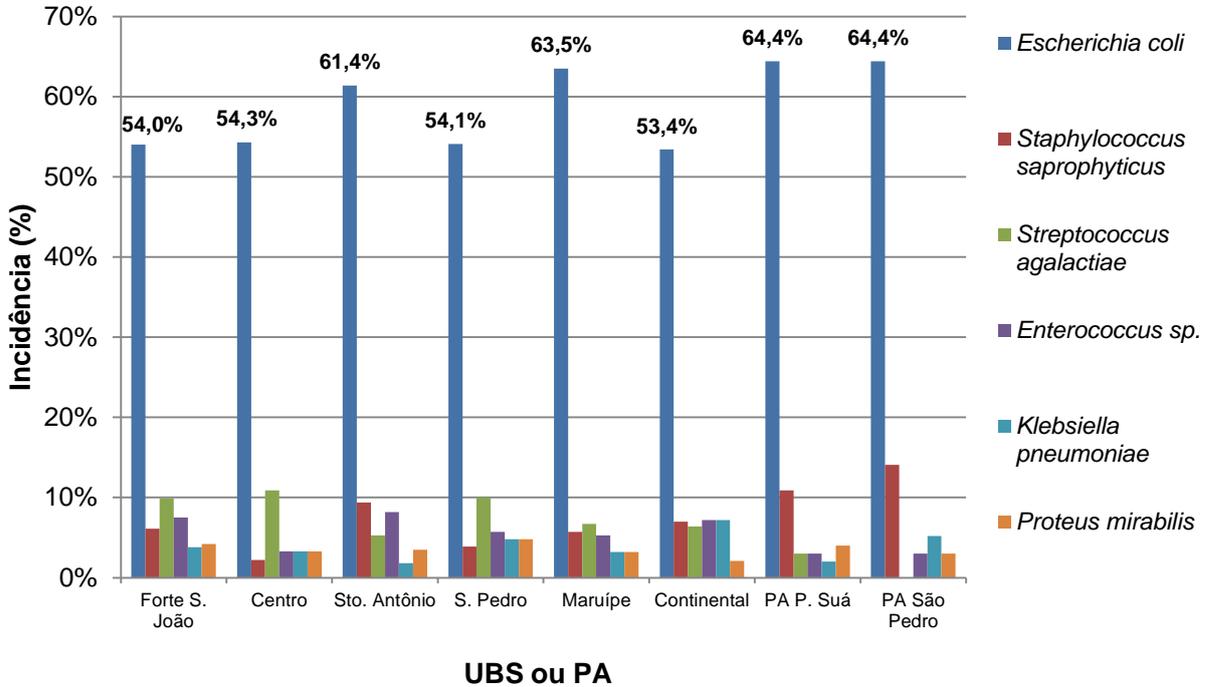
Tabela 2 - Frequência absoluta e relativa dos micro-organismos mais isolados em uroculturas de mulheres de acordo com a UBS ou PA avaliados

	(conclusão)							
<i>Enterobacter aerogenes</i>	2 (0,9%)	1 (1,1%)	0	6 (2,6%)	3 (1,1%)	3 (0,8%)	0	2 (1,5%)
<i>Staphylococcus aureus</i>	1 (0,5%)	2 (2,2%)	1 (0,6%)	2 (0,9%)	1 (0,4%)	5 (1,3%)	2 (2%)	0
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	0	0	2 (1,2%)	2 (0,9%)	4 (0,2%)	1 (0,3%)	0	3 (2,2%)
<i>Staphylococcus hominis</i>	2 (0,9%)	2 (2,2%)	1 (0,6%)	1 (0,4%)	0	2 (0,5%)	1 (1%)	1 (0,7%)
<i>Enterobacter cloacae</i>	1 (0,5%)	2 (2,2%)	0	1 (0,4%)	1 (0,4%)	3 (0,8%)	1 (1%)	0
<i>Staphylococcus haemolyticus</i>	0	1 (1,1%)	1 (0,6%)	2 (0,9%)	1 (0,4%)	3 (0,8%)	0	1 (0,7%)
<i>Citrobacter koseri</i>	0	0	0	1 (0,4%)	2 (0,7%)	3 (0,8%)	1 (1%)	0
<i>Citrobacter freundii</i>	1 (0,5%)	2 (2,2%)	1 (0,6%)	0	2 (0,7%)	4 (1,1%)	1 (1%)	0
<i>Staphylococcus capitis</i>	1 (0,5%)	2 (2,2%)	0	0	0	1 (0,3%)	1 (1%)	1 (0,7%)
<i>Raoultella (K.) ornithinolytica</i>	2 (0,9%)	0	1 (0,6%)	1 (0,4%)	0	0	0	0
<i>Citrobacter amalonaticus</i>	1 (0,5%)	0	0	0	0	1 (0,3%)	0	1 (0,7%)
<i>Staphylococcus xylosus</i>	0	1 (1,1%)	0	0	0	0	1 (1%)	1 (0,7%)
<i>Escherichia hermannii</i>	0	0	0	0	1 (0,4%)	1 (0,3%)	0	0
<i>Kluyvera ascorbata</i>	0	0	0	1 (0,4%)	0	1 (0,3%)	0	0
<i>Staphylococcus warneri</i>	0	0	0	1 (0,4%)	0	1 (0,3%)	0	0
Outros	0	2 (2,2%)	1 (0,6%)	2 (0,9%)	1 (0,4%)	4 (1,1%)	3 (3%)	1 (0,7%)
TOTAL	214	92	171	229	282	388	100	135

Fonte: Elaborada pela autora

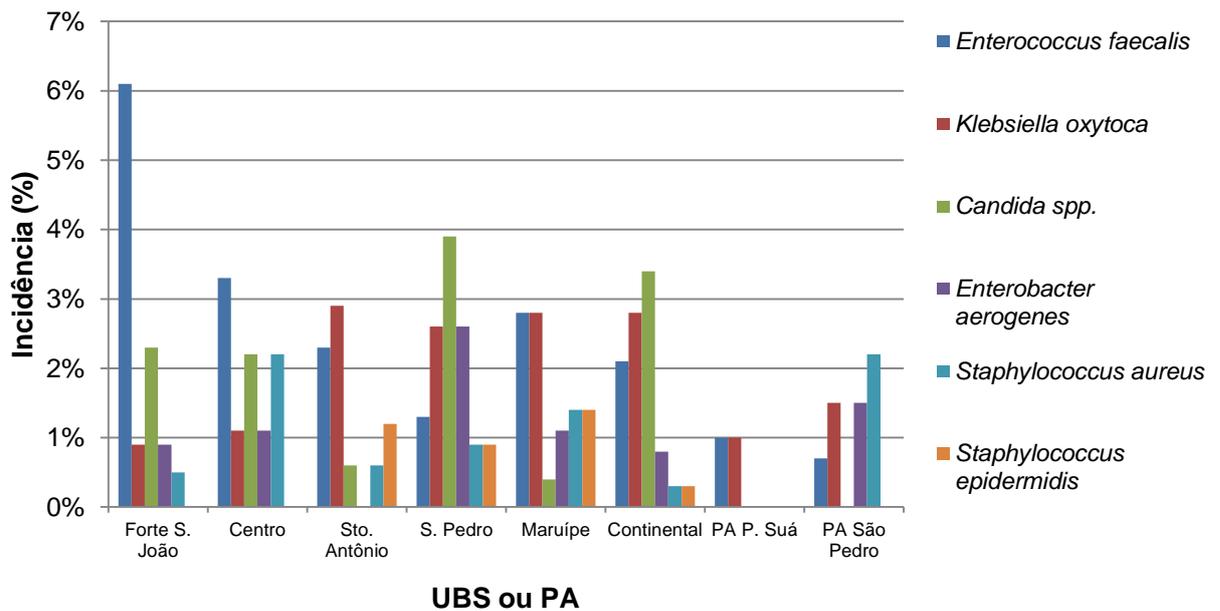
Na Figura 10 é possível constatar que a *E. coli* representa o micro-organismo mais frequente em todas as UBS e PAs estudados, sendo que as maiores incidências encontradas foram nos PAs da Praia do Suá (64,4%) e São Pedro (64,4%). Já a predominância dos demais micro-organismos apresenta grande variação de acordo com a UBS ou o PA, conforme mostrado na Figura 10 e 11.

Figura 10 - Distribuição percentual dos micro-organismos mais frequentes nas UBS ou PA avaliado



Fonte: Elaborada pela autora

Figura 11 - Distribuição percentual dos micro-organismos menos frequentes nas UBS ou PA avaliado



Fonte: Elaborada pela autora

A análise do nitrito positivo mostrou semelhança entre as diferentes UBS e PAs avaliadas de acordo com as porcentagens estudadas, conforme mostra a Tabela 3. O teste de nitrito positivo identifica a presença destes na urina, uma vez que bactérias em quantidades suficientes são capazes de converter nitratos em nitritos (FEITOSA et. al, 2009).

Tabela 3 - Frequência total e frequência absoluta e relativa de nitrito positivo analisado nas amostras de urina de mulheres com idades entre 15 a 60 anos atendidas em UBS e PAs do município de Vitória-ES, no ano de 2014

UBS ou PA	Frequência Total	Frequência Nitrito +	
		Absoluta	Relativa(%)
Forte São João	2416	101	4,2
Centro	1211	77	6,3
Sto. Antônio	2297	126	5,5
São Pedro	2863	193	6,7
Maruípe	4086	204	5,0
Continental	4237	215	5,0
PA Praia do Suá	1806	177	9,8
PA São Pedro	1781	146	8,2

Fonte: Elaborada pela autora

Como pode ser visto nas Tabelas 4 a 11, encontramos semelhanças dos valores de nitrito positivo com uroculturas positivas em todas as UBS e PAs avaliadas, sendo que na maioria das faixas etárias avaliadas, o valor encontrado de amostras de urina com nitrito positivo era menor que a de uroculturas positivas.

Tabela 4 - Número de atendimentos e análises feitas em amostras de urina de mulheres com idades entre 15 a 60 anos atendidas na UBS Forte São João, no ano de 2014

Faixas etárias	Atendimentos totais	EAS	Leucócitos > 30 u/L	Bactérias > 1000 u/L	Nitrito Positivo	Total de Uroculturas	Bactérias > 100.000 UFC/ml
15-19	818	285	102	103	13	278	57
20-39	3670	1113	266	321	47	941	155
40-49	1461	480	75	112	22	307	52
50-59	1492	501	89	91	19	281	44
60	137	37	6	3	0	27	0

Fonte: Elaborada pela autora

Tabela 5 - Número de atendimentos e análises feitas em amostras de urina de mulheres com idades entre 15 a 60 anos atendidas na UBS Centro, no ano de 2014

Faixas etárias	Atendimentos totais	EAS	Leucócitos> 30 u/L	Bactérias> 1000 u/L	Nitrito Positivo	Total de Uroculturas	Bactérias > 100.000 UFC/ml
15-19	234	105	31	31	1	59	8
20-39	1131	522	110	151	29	301	44
40-49	617	269	40	56	19	126	21
50-59	614	284	54	46	27	118	21
60	67	29	7	2	1	11	0

Fonte: Elaborada pela autora

Tabela 6 - Número de atendimentos e análises feitas em amostras de urina de mulheres com idades entre 15 a 60 anos atendidas na UBS Santo Antônio, no ano de 2014

Faixas etárias	Atendimentos totais	EAS	Leucócitos> 30 u/L	Bactérias> 1000 u/L	Nitrito Positivo	Total de Uroculturas	Bactérias > 100.000 UFC/ml
15-19	403	105	78	74	8	134	19
20-39	1680	522	254	305	56	659	95
40-49	766	269	73	107	27	183	29
50-59	878	284	101	88	33	239	24
60	69	34	5	5	2	12	4

Fonte: Elaborada pela autora

Tabela 7 - Número de atendimentos e análises feitas em amostras de urina de mulheres com idades entre 15 a 60 anos atendidas na UBS São Pedro, no ano de 2014

Faixas etárias	Atendimentos totais	EAS	Leucócitos> 30 u/L	Bactérias> 1000 u/L	Nitrito Positivo	Total de Uroculturas	Bactérias > 100.000 UFC/ml
15-19	1053	390	150	151	17	337	78
20-39	4156	1462	364	444	83	1071	188
40-49	1442	503	107	141	35	212	51
50-59	1304	431	86	84	19	144	36
60	124	41	10	8	39	15	3

Fonte: Elaborada pela autora

Tabela 8 - Número de atendimentos e análises feitas em amostras de urina de mulheres com idades entre 15 a 60 anos atendidas na UBS Maruípe, no ano de 2014

Faixas etárias	Atendimentos totais	EAS	Leucócitos >30 u/L	Bactérias >1000 u/L	Nitrito Positivo	Total de Uroculturas	Bactérias > 100.000 UFC/ml
15-19	459	254	75	90	17	117	24
20-39	2116	1166	244	339	83	706	121
40-49	1179	637	101	152	35	323	72
50-59	1427	795	143	145	19	375	62
60	144	85	14	10	39	34	6

Fonte: Elaborada pela autora

Tabela 9 - Número de atendimentos e análises feitas em amostras de urina de mulheres com idades entre 15 a 60 anos atendidas na UBS Continental, no ano de 2014

Faixas etárias	Atendimentos totais	EAS	Leucócitos >30 u/L	Bactérias >1000 u/L	Nitrito Positivo	Total de Uroculturas	Bactérias > 100.000 UFC/ml
15-19	816	451	180	197	24	269	60
20-39	3565	1986	483	678	91	1239	187
40-49	1681	859	154	221	48	420	77
50-59	1552	856	171	183	48	355	54
60	148	86	11	13	4	37	9

Fonte: Elaborada pela autora

Tabela 10 - Número de atendimentos e análises feitas em amostras de urina de mulheres com idades entre 15 a 60 anos atendidas no P.A. Praia do Suá, no ano de 2014

Faixas etárias	Atendimentos totais	EAS	Leucócitos >30 u/L	Bactérias > 1000 u/L	Nitrito Positivo	Total de Uroculturas	Bactérias > 100.000 UFC/ml
15-19	375	241	123	196	31	93	26
20-39	1783	1008	428	778	106	166	52
40-49	641	301	134	215	28	55	16
50-59	561	233	93	146	12	19	6
60	54	23	9	18	0	2	0

Fonte: Elaborada pela autora

Tabela 11 - Número de atendimentos e análises feitas em amostras de urina de mulheres com idades entre 15 a 60 anos atendidas no P.A. São Pedro, no ano de 2014

Faixas etárias	Atendimentos totais	EAS	Leucócitos >30 u/L	Bactérias >1000 u/L	Nitrito Positivo	Total de Uroculturas	Bactérias > 100.000 UFC/ml
15-19	407	261	144	208	12	111	40
20-39	1722	1039	467	792	93	221	64
40-49	509	257	122	191	25	47	15
50-59	435	203	88	142	15	33	16
60	57	23	11	15	1	6	1

Fonte: Elaborada pela autora

Muitos microrganismos isolados de ITU apresentam resistência a antibióticos chave para o tratamento da enfermidade, como ampicilina, ciprofloxacina e levofloxacina (HOBAN et al., 2011). Os microrganismos Gram-negativos se mostram resistentes, em sua maior parte, a amoxicilina, seguido por trimetoprim/sulfametoxazol, ciprofloxacina e norfloxacina, enquanto os Gram-positivos apresentam resistência a ampicilina, seguida por ciprofloxacina, oxacilina e trimetoprim/sulfametoxazol, em testes *in vitro* (POLETTI; REIS, 2005). Em nosso estudo encontramos 771 microrganismos resistentes a antibióticos, destacando a alta resistência ao antibiótico Trimetoprim-Sulfametoxazol (44%), conforme mostra a Tabela 12.

Tabela 12 - Frequência absoluta e relativa da resistência a antibióticos nas UBS e PAs analisadas, no município de Vitória no ano de 2014

UBS ou PA	Ciprofloxacina	Levofloxacina	Trimetoprim-Sulfametoxazol	Nitrofurantoína	Norfloxacina
Forte São João	13 (16,6%)	10 (12,8%)	31 (39,7%)	13 (16,6%)	11 (14,1%)
Centro	6 (13,6%)	7 (15,9%)	18 (40,9%)	5 (11,3%)	8 (18,1%)
Sto. Antônio	10 (13,6%)	8 (10,9%)	33 (45,2%)	10 (13,6%)	12 (16,4%)
São Pedro	17 (15,7%)	12 (11,1%)	46 (42,6%)	19 (17,6%)	14 (12,9%)
Maruípe	25 (14,3%)	22 (12,6%)	80 (45,9%)	24 (13,7%)	23 (13,2%)
Continental	27 (16,8%)	21 (13,1%)	66 (41,2%)	20 (12,5%)	26 (16,2%)
PA Praia do Suá	7 (13,7%)	5 (9,8%)	27 (52,9%)	7 (13,7%)	5 (9,8%)
PA São Pedro	15 (18,5%)	12 (14,8%)	39 (48,1%)	8 (9,8%)	9 (11,1%)
TOTAL	120 (15,5%)	97 (12,5%)	340 (44,0%)	106 (13,7%)	108 (14,0%)

Fonte: Elaborada pela autora

6 DISCUSSÃO

No Brasil, a estruturação de redes regionalizadas de ações e serviços de saúde busca prevenir Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) (BERMÚDEZ-TAMAYO et al., 2004). As ICSAPs foram listadas por um grupo de pesquisadores e gestores do SUS, seguindo um modelo de listagem americana (ALFRADIQUE et al., 2009) e desde então, o Ministério da Saúde descreve sua utilização como instrumento de avaliação da atenção primária e/ou do nível hospitalar (BRASIL, 2008). No entanto, para a elaboração desta lista, os autores relacionaram às ICSAPs diversos determinantes sociais, como sexo, faixa etária, condições socioeconômicas e níveis de renda, situações demográficas, disparidades étnicas e raciais (SILVA, 2011; ELIAS; MAGAJENSKI, 2008; ANSARI et al., 2012), além da visão de mundo e compreensão do processo saúde-doença por parte das pessoas envolvidas na execução das políticas de saúde (REHEM; CIOSAK; EGRY, 2012). Os determinantes sociais dos processos de saúde constituem um importante objeto de estudo, já que seu estudo favorece a compreensão e propicia ações de efetivo cuidado às necessidades de saúde no âmbito da promoção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Portanto, a atenção primária oportuna e de boa qualidade, através de atividades como prevenção de doenças, diagnóstico precoce, tratamento oportuno de patologias agudas, controle e acompanhamento de patologias crônicas, pode evitar a hospitalização ou reduzir sua frequência, como o caso das ITUs (REHEM; CIOSAK; EGRY, 2012).

As ITUs são uma das afecções mais frequentes nos Serviços de Saúde e acomete todas as idades e predominantemente o sexo feminino (GUERRA et. al, 2012). Esta alta frequência se dá em detrimento das diferenças anatômicas entre os sexos, tais como o fato das mulheres possuírem uma uretra mais curta e a maior proximidade do ânus com o vestíbulo vaginal e uretral, o que facilita a contaminação fecal dos tecidos urinários (RODRIGUES; BARROSO, 2011). Além disso, a característica do microrganismo invasor depende, em geral, da história da infecção, dos fatores

implícitos do hospedeiro (anomalias congênitas ou fatores obstrutivos no aparelho urinário), do uso de agentes antimicrobianos e da instrumentação do trato urinário (SATO et. al, 2005).

Quanto à frequência de culturas positivas, nossos dados demonstram um índice de positividade de 15% (1.611) das amostras submetidas à urocultura (10.681), condizente com os resultados apresentados por Dromigny et al. (2002) que relatam 17,9% (1.266) exames positivos num total de 7.075 amostras ambulatoriais.

Quanto à idade das pacientes avaliadas, os dados do presente trabalho mostram que pacientes na faixa etária de 20 a 39 anos registram a maior quantidade de casos de ITUs avaliadas. Este resultado encontra-se em concordância com o trabalho de Foxman (2002), que relata a alta incidência de ITU em mulheres de 18 a 24 anos associada ao início das atividades sexuais e gravidez. Segundo Eells et al. (2014), durante a atividade sexual, o trato urinário feminino pode ser colonizado por bactérias oriundas do intestino ou vagina.

Devemos evidenciar a importância das infecções urinárias durante o período gestacional, condição propícia nesta fase, uma vez que devido às mudanças fisiológicas e anatômicas que ocorrem no trato urinário, como a dilatação das pelves renais e ureteres que se expande até o momento do parto (DUARTE et al., 2004). Além disso, durante a gravidez o aparelho urinário passa por uma compressão extrínseca dos ureteres devido à diminuição de sua atividade peristáltica ocasionada pela progesterona, a qual favorece dilatação progressiva da pelve renal e ureteres (SILVEIRA et al., 2008). Essas alterações associadas ao aumento do débito urinário conduzem à estase urinária, predispondo à infecção urinária, por se tratar de um meio favorável à proliferação bacteriana (DUARTE et al., 2002; SCHENKEL et. al. 2014).

Adicionalmente, Mendonça e Albuquerque (2014) observaram o aumento da frequência de ITUs de acordo com o aumento da idade das pacientes. Este fato pode estar relacionado a falhas no acesso ou na resolutividade da atenção primária à saúde e provavelmente se deve a pouca sensibilidade dos diagnósticos e dificuldades operacionais da rede de atenção (REHEM; EGRY, 2011).

Como segunda faixa etária mais afetada, encontramos mulheres de 40 a 49 anos de idade, que juntamente com a faixa etária de 50 a 59 anos representaram um importante grupo. De forma contrária às mulheres mais jovens, a ITU em pacientes na menopausa não está fortemente relacionada à prática de relações sexuais, segundo Arinzon et al. (2012). Em mulheres jovens, o ciclo menstrual tem efeito traumático e aumenta a exposição aos patógenos (RAZ et al., 2000). Já em mulheres na menopausa, a deficiência de estrogênio encontrada após o final do período menstrual é a principal causa relacionada com a incidência de ITUs (ROBINSON et al., 2013). No entanto, o estudo de Arinzon et al. (2012) mostra que existem diferenças na apresentação da ITU segundo a idade. Mulheres em pré-menopausa costumam relatar sintomas locais, diferentemente de mulheres na pós-menopausa que possuem sintomas mais severos, que incluem dor abdominal e nas costas, febre, náuseas e constipação (ARINZON et. al., 2012). Além disso, Raz (2011) associa a bacteriúria como causa do aumento de mortalidade em indivíduos idosos. Pacientes em período pós-menopausa com ITU sofrem de uma variedade de doenças ligadas à susceptibilidade provocada pela ITU (RAZ, 2011).

Adicionalmente à faixa etária, outros fatores importantes que vêm sendo associados às ITUs são carências nutricionais e obesidade. Carlsson et al. (2013), em seu estudo, mostram o aumento de ITU em pessoas idosas com carência nutricional, moradoras de comunidades carentes. Este estudo reforça nosso resultado que mostra a alta frequência de uroculturas positivas de pacientes com 50 a 60 anos atendidas em UBS ou PAs de comunidades carentes, como Forte São João, Maruípe e Continental em comparação às mulheres atendidas no PA da Praia do Suá. Quanto à obesidade, o estudo de Nseir et al. (2015) mostra que pacientes pré-menopausa obesas apresentavam maior taxa de infecções urinárias recorrentes. Diversos estudos mostram que a obesidade desregula o sistema imune o que propicia a infecção por micro-organismos (NSEIR et al., 2011).

Como demonstrado nos resultados, neste trabalho o método usado para a confirmação da ITU foi a urocultura positiva. A urocultura é considerada padrão ouro para diagnóstico da ITU e possibilita a identificação do agente etiológico e quantificação destas bactérias na cultura da urina (LUCIO, 2005; CORREA,

CANALINI, MATHEUS, 2003). Segundo Pires et al. (2007), a etiologia das infecções do trato urinário deve ser pesquisada de forma periódica em comunidades, de forma a colaborar com a orientação terapêutica prescrita e mostrar o perfil epidemiológico das ITUs.

Neste estudo, encontramos uma distribuição dos microrganismos semelhante a registradas por outros autores, os quais identificaram a *E. coli* (57,9%) como o microrganismo mais isolado, seguido por *Staphylococcus saprophyticus* (7%) (FEITOSA et al., 2009; POLETTO; REIS, 2005). Desta forma, nossos dados corroboram os dados encontrados por Reu (2013), o qual verificou 54,7% culturas positivas, de pacientes atendido em ambulatórios, para *E. coli*.

Assim, vale a pena ressaltar que *E. coli* é o microrganismo predominantemente isolado na população feminina apresentando uma frequência cerca de oito vezes superior ao segundo uropatógeno mais encontrado (*Staphylococcus saprophyticus*; 7%).

Isto pode ser justificado pelo fato da *E. coli*, além de colonizar o trato gastrointestinal, possuir características estruturais e capacidade de invasão do uroepitélio que lhe permitem ascender e permanecer no trato urinário, diferenciando-se de outras enterobactérias que são encontradas em número muito inferior (LÜTHJE; BRAUNER, 2016). Importante citar a presença do *Streptococcus agalactiae* em 6,6% das uroculturas positivas estudadas, vez que a colonização vaginal e do trato urinário por este patógeno é importante fator de risco para infecção neonatal (AHMADZIA; HEINE, 2014).

Encontramos semelhanças dos valores de nitrito positivo com uroculturas positivas em todas as UBS e PAs avaliadas, sendo que na maioria das faixas etárias avaliadas, o valor encontrado de amostras de urina com nitrito positivo era menor que a de uroculturas positivas. Este teste avalia a conversão do nitrato derivado da nossa dieta em nitrito, na urina. Esta reação é realizada, em sua maioria, por bactérias gram-negativas (FEITOSA et al., 2009). Entretanto, os testes que utilizam tiras reagentes detectam mais infecções por bactérias gram-negativas do que por espécies gram-

positivas, já que o teste de nitrito não revela a presença de patógenos gram-positivos em muitos casos (FEITOSA et al., 2009; SATO et al., 2005).

A conversão de nitrato em nitrito na urina por cocos gram-positivos ainda não está bem fundamentada. Murray et al. (2014) expõem que essa conversão é definida apenas para estafilococos coagulase-negativo. Algumas espécies de cocos, como, por exemplo, os enterococos, são incapazes de reduzir o nitrato urinário em nitrito (SATO et al., 2005). Outro fator importante é o tempo de permanência da urina na bexiga, que pode influenciar na positividade do teste. Por isso, recomenda-se que o teste de nitrito seja feito com a primeira urina da manhã, que permanece na bexiga durante várias horas (STRASINGER, 2009).

Além disso, o acometimento pelo patógeno causador de ITU varia geograficamente e o perfil de suscetibilidade propõe monitoramento a fim de viabilizar informações para novas orientações de opções terapêuticas, visto que a utilização de antimicrobianos se caracteriza como uma das principais preocupações quanto ao uso de medicamentos, e seu uso indiscriminado está diretamente relacionado ao aumento da resistência bacteriana a vários agentes antimicrobianos originando dificuldades no controle de infecções colaborando ao aumento dos custos do sistema de saúde e dos próprios hospitais (GORDON; JONES, 2003).

A fim de maximizar os efeitos das drogas, assim como reduzir custos e incidência de efeitos adversos, estratégias que envolvem diferentes esquemas terapêuticos conforme a necessidade de grupos específicos de pacientes com ITU são adotadas (HEILBERG; SCHOR, 2003). Entretanto diversos micro-organismos possuem resistência às drogas administradas, mesmo quando em combinação com outros antimicrobianos. Neste estudo foi encontrada resistência a antibióticos em muitas uroculturas avaliadas, sendo que quase metade destes micro-organismos mostrava resistência à combinação trimetoprim-sulfametoxazol. Resultado semelhante ao visto por Heilberg e Schor (2003) ao avaliar o ambulatório de ITU da disciplina de nefrologia da Universidade Federal de São Paulo.

É fato que a ITU se apresenta como uma das infecções mais comuns no Brasil, não podendo negar sua substancial importância no âmbito ambulatorial, pois é responsável por grande parte nos serviços de atenção básica, até os atendimentos de urgência e emergência (NORRBY, 2009).

De acordo com Hasenack et al. (2004), as ITUs são originárias de causas complexas e influenciadas por fatores biológicos e comportamentais do hospedeiro, bem como pelas características infectantes dos uropatógenos. Além disso, são inúmeros os mecanismos de defesa do hospedeiro diante deste tipo de infecção (BRANDINO et al., 2007; DANTAS, 2008; SOUZA, 2014).

Entretanto, a principal defesa do hospedeiro é um fluxo urinário desobstruído, que dificulta a trajetória da bactéria ascendente. Além disso, a urina apresenta características específicas que inibem o crescimento e a colonização bacterianos. Retenção, estase ou refluxo urinário para o trato urinário superior pode favorecer o crescimento bacteriano e posterior infecção (SOUSA et al., 2010).

Diante das possíveis causas de ITU, é preciso considerar as diversas definições de determinantes sociais de saúde que revelam, com maior ou menor grau de particularidades, o conceito atualmente bastante generalizado de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde, sejam eles fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que de certa forma influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Nesta concepção, é possível inferir que a **situação de trabalho**, como sendo o ambiente no qual o indivíduo desempenha sua tarefa e a forma como ele a executa, englobando os objetivos do trabalho a serem cumpridos bem como a execução de suas atividades são fatores importantes no que diz respeito às infecções do trato urinário, uma vez que a avaliação da situação de trabalho e os diferentes aspectos que podem estar presentes neste ambiente influenciam na satisfação, no desempenho e na saúde do indivíduo nele inserido (ZANDONADI, 2007).

Assim, a infecção urinária é reputada como doença ocupacional e pode ser mais frequente em atividades laborais em que o empregado permanece a maior parte do tempo sentado. Assim como caixas de supermercados, motoristas e outros profissionais que são impedidos de usar o banheiro com liberdade podendo sofrer danos à sua saúde, como infecção urinária. Ademais, uma infecção urinária em um trabalhador diabético ou gestante, por exemplo, causa graves complicações à sua higidez física (HASHIMOTO, 2007; ZANDONADI, 2007).

Desta forma, a menor ingestão de água implica na concentração da urina com todos os seus componentes (microrganismos, proteínas e outros metabólitos que atuam como meios de cultura, beneficiando o crescimento microbiano) e, além disso, há diminuição do fluxo urinário importante na eliminação de microrganismos da uretra (SOUSA et al., 2010; TCHOUDOMIROVA; MÅRDH; KALLINGS, 1998).

De acordo com a Associação Brasileira de Telesserviços (2010), as mulheres ocupam 80% dos postos de trabalho, sugerindo uma reflexão acerca das condições de trabalho e das relações existentes nas organizações laborais (ZILIOTTO; OLIVEIRA, 2014).

O fenômeno do adoecimento de mulheres no trabalho ocorre através das diferenças de exigências e atribuição para mulheres e homens, formas de incorporação ao mercado de trabalho, múltipla jornada etc. Desde o início da industrialização, as mulheres estiveram presentes no mercado de trabalho. Contudo, até muito recentemente o trabalho das mulheres teve, em relação ao dos homens, um caráter originalmente complementar na sustentação da família, fazendo com que sua colocação fosse intermitente, em atividades de baixa qualificação resultando em baixa remuneração (AQUINO; MENEZES; MARINHO, 1995).

É fato que a mulher moderna vem passando por inúmeras mudanças em seu estilo de vida no contexto atual da sociedade, onde passou a desempenhar um papel indispensável na estrutura familiar e na composição do orçamento doméstico (BIONDO et al., 2011).

Ainda segundo o autor, um em cada três lares brasileiros é mantido, exclusivamente, por mulheres que desempenham em média, de 10 a 12 horas diárias de trabalhos ininterruptos, que na maioria das vezes desenvolvem atividades intensas, sem condições adequadas, usando vestuários desconfortáveis e com baixa qualidade de higiene pessoal (BIONDO et al., 2011).

Desse modo, a extensão da jornada de trabalho é um fator que potencializa os danos à saúde de vários setores profissionais, podendo estar relacionado com transtornos e doenças, como os distúrbios de sono, varizes, hérnia de disco, hemorroidas e infecções do trato urinário (ZANDONADI, 2007).

O teleatendimento é um setor de origem recente e representa uma nova atividade de trabalho, no qual o trabalhador recebe chamadas telefônicas e procura resolver as demandas que envolvem reclamações, solicitações, pedidos de orientações, entre outras (SILVA et al. 2012).

A conexão com clientes é de método automático, via sistema informatizado, sem a possibilidade de controle pelos operadores do tempo entre os atendimentos, de modo que os operadores precisam manter o padrão estabelecido pela empresa de número de chamadas e tempo médio de duração do atendimento, muitas vezes sob a pena de sanções disciplinares quando essas metas não são cumpridas (SILVA et al., 2012).

As centrais de atendimento imputam exigências físicas, mentais e psíquicas para os seus trabalhadores que ficam em posturas, muitas vezes desconfortáveis, sob temperaturas inadequadas, seja pelo uso excessivo do ar condicionado, ou mesmo pela falta deste, o controle de pausas para descanso é predeterminado pela supervisão, inclusive para o uso de sanitários e ingestão de água em bebedouros (SILVA et al., 2012).

Assim, em consequência à restrição hídrica e à impossibilidade da manutenção de um fluxo urinário adequado, alguns funcionários do serviço de teleatendimento ou podem ter um volume de urina bastante reduzido, ou podem ser forçados a reter a urina por um período de tempo longo até que a pausa lhe seja concedida, sendo este um fator

que predisporia à instalação de quadros de infecção do trato urinário (SILVA et al., 2012).

Outro exemplo de ocupação laboral predisponente às infecções do trato urinário é o trabalho docente que tem sido influenciado por uma série de fatores que estabelecem uma busca de uma maior produtividade, mais horas-aula, mais turmas, em suma, ritmo de trabalho mais acelerado. Assim, o professor é levado a se adaptar, alterando seus hábitos, o que pode significar potencial adoecimento, com diminuição das pausas e intervalos, diminuindo a frequência da ingestão de líquidos e da micção (GODINHO et al., 2004).

Inclusive, Silva et al. (2012), relatou em seu trabalho que metade das trabalhadoras do serviço de teleatendimento entrevistadas, exercendo as funções específicas de seu cargo, afirmaram ter vivenciado ao menos um episódio de ITU no período de um ano. E ainda, em análise multivariada os principais fatores associados a esse resultado foram a reduzida ingestão hídrica, o reduzido número de micções, o uso de vestimenta inadequada e a não realização de práticas preventivas simples durante e após o ato sexual.

Não se pode ocultar a categoria dos cobradores de ônibus, uma vez que a penosidade do trabalho envolvendo esta categoria engloba uma série de condições que não podem ser controlados, como o trânsito, seu ambiente de trabalho, a relação com os usuários, chefias, violência urbana, dentre outros; que contribuem para que o trabalho desenvolvido pela categoria não seja saudável e, portanto, penoso (ZANDONADI, 2007).

Assim sendo, é importante ressaltar as características dos trabalhadores rodoviários - motoristas e cobradores de ônibus que são bastante peculiares. Ao passo que outras categorias atuam em ambientes fixos, fechados e protegidos por edificações, esses profissionais passam a maior parte de seu turno de trabalho dentro do ônibus, sendo expostos a um cotidiano que envolve a presença de um público volátil, estabelecendo um contato estreito com o usuário que possui acesso irrestrito dentro dos coletivos (ZANDONADI, 2007).

Além disso, a jornada de trabalho na maioria das vezes é prolongada por horas extras, com pausa de poucos minutos entre as viagens (ZANDONADI, 2007).

Por fim, é importante que sejam instauradas campanhas educativas voltadas não só às profissionais aqui destacadas, mas também a toda população feminina no geral, objetivando, mediante trabalhos de conscientização, reduzir o número de mulheres infectadas, minimizando, assim, o desconforto e os custos tanto dos serviços de saúde quanto das empresas, custos esses ocasionados principalmente pelas internações e pelo absenteísmo das funcionárias acometidas.

Além disso, quanto às práticas de opressão que transcendem os limites do razoável, o lucro buscado pelo empresário com a sua atividade não justifica o desrespeito à dignidade da pessoa humana, sendo direito fundamental de qualquer pessoa poder satisfazer suas necessidades fisiológicas com liberdade. Desta forma, todo esforço empregado em atenção à saúde do trabalhador é recompensado ao percebê-lo saudável e produtivo.

Sendo assim, estratégias que visem favorecer a saúde da mulher, além de conscientizar a população sobre possíveis doenças evitáveis se tornam necessárias. Vale ressaltar que além das políticas destinadas à saúde da mulher, também foi aprovada no ano de 2011, a portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que estabelece a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), cujo delineamento visa revisar as diretrizes e normas para a organização da atenção básica, Estratégia Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Nesse intuito, o governo prioriza a Atenção Básica como porta de entrada para o indivíduo que busca atendimento no SUS (BRASIL, 2012).

Portanto, estudos sobre doenças de internação evitável por condições sensíveis à atenção básica em saúde são necessários, podendo auxiliar a tomada de decisões por parte dos órgãos competentes, assim como aperfeiçoar a proposta das políticas relacionadas ao assunto (PIRES et al., 2007).

7 CONCLUSÕES

- Os dados obtidos no presente estudo revelam que dentre as UBS e PAs estudados, a faixa etária com maior índice de uroculturas positivas foi a de mulheres com 20 a 39 anos, totalizando quase metade dos casos estudados.
- Em relação à identificação e incidência dos micro-organismos encontrados, a sua grande maioria pertencia aos Gram-negativos. Dentre estes, a *E. coli* foi o micro-organismo mais isolado nas uroculturas de todas as UBS e PAs estudados, totalizando aproximadamente 58% dos micro-organismos encontrados, seguido pelos cocos Gram-positivos *Staphylococcus saprophyticus*, *Streptococcus agalactiae* e *Enterococcus* spp.
- Os PAs de Praia do Suá e São Pedro apresentaram maior índice de uroculturas positivas e nitrito positivo quando comparados com as outras unidades de saúde estudadas.
- De um modo geral, não existiram discrepâncias acentuadas nos agentes causadores das infecções urinárias entre as UBS e os PAs estudados.
- Este estudo deve ser realizado de forma periódica, juntamente com o desenvolvimento de ações da atenção básica a fim de orientar mulheres quanto aos cuidados a serem tomados e contribuir para a minimização dos casos de ITU em mulheres no município de Vitória.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, M. R. J. **Modos de organização do trabalho na atenção primária à saúde**: a experiência de Belo Horizonte. 2007. 248 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ. 2007.

AHMADZIA, H. K.; HEINE, R. P. Diagnosis and management of group B streptococcus in pregnancy. **Obstetrics and Gynecology Clinics of North America**, Philadelphia, v. 41, n. 4, p. 629-47, Dec.2014.

ALEIXO, J. L. M. A Atenção Primária à Saúde e o Programa de Saúde da Família: perspectivas de desenvolvimento no início do terceiro milênio. **Revista Mineira de Saúde Pública**. Belo Horizonte, Ano 1, n. 1, p. 2-16, jan./jun., 2002.

ALFRADIQUE, M. E. et al. Interações por condições sensíveis a atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1337-49, 2009.

ALVARENGA, L. M. C. A. **A prática médica no programa de saúde da família e sua contribuição para a mudança do modelo tecno-assistencial em saúde**: limites e possibilidades. 2005. 106 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade Federal de São Paulo, 2005.

AROUTCHEVA, A. et al. Defense factors of vaginal lactobacilli. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, St. Louis, v. 185, n. 2, p. 375-9, Aug. 2001.

BARBOSA, D. M. **Atribuições do farmacêutico na atenção primária à saúde**. 2009. 133 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

BEETZ, R. Evaluation and management of urinary tract infections in the neonate. **Current Opinion Pediatric**, Philadelphia, v. 24, n. 2, p. 205-11, Apr. 2012.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado 1988.

_____. Lei 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 set. 1990a. Seção 1.

_____. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. **Avaliação da implementação do programa saúde da família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados.** Brasília: DF, Ministério da Saúde, 2002.

_____. _____. **O CNS e a construção do SUS: referências estratégicas para melhoria do modelo de atenção em saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.

_____. _____. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama.** 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

_____. _____. **Diretrizes do NASF: núcleo de apoio a saúde da família: princípios e diretrizes.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

_____. _____. **Política nacional de atenção à saúde da mulher: plano de ação 2004 a 2007.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

_____. _____. **Programa agentes comunitários de saúde (PACS).** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

_____. _____. **Painel temático de indicadores do SUS: saúde da mulher.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

_____. _____. **Sistema de planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva: trajetória e orientações de operacionalização.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Portaria GM/MS n.º 648 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União.** Brasília, DF: 29 mar. 2006a. Seção 1, v. 143, n. 61, p. 71-76.

_____. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela saúde 2006: consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. **Diário Oficial da União.** Brasília, DF: 23 fev. 2006b. Seção 1, p. 43.

BROWN, P. D.; FREEMAN, A.; FOXMAN, B. Prevalence and predictors of Trimethoprim-Sulfamethoxazole resistance among uropathogenic *Escherichia coli* isolates in Michigan. **Clinical Infection Diseases**, Chicago, v. 34, n. 8, p. 1061-6, Apr. 2002.

BRUMFITT, W.; GARGAN, R. A.; HAMILTON-MILLER, J. M. T. Periurethral enterobacterial carriage preceding urinary infection. **The Lancet**, England, v. 1, n. 8539, p. 824-826, Apr. 1987.

COELHO, E. A. C.; LUCENA, M. F. G.; SILVA, A. T. M. O planejamento familiar no Brasil no contexto das políticas públicas de saúde: determinantes históricos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 26-36, mar. 2000.

COELHO, E. A. C. et al. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 154-60, jan./mar 2009.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. Alma-Ata, 1978. **Declaração de Alma-Ata**. Alma-Ata, URSS, 6 a 12 de setembro de 1978. Disponível em <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>. Acesso em 12 novembro de 2015.

CONILL, E. M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do programa saúde da família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, Supl., p.191-202, 2002.

CORRÊA, E. F.; MONTALVÃO, E. R. Infecção do trato urinário em geriatria. **Estudos**, Goiania, v. 37, n. 7/8, p. 625-35, jul./ago 2010.

CUETO, M. The origins of primary healthcare and selective primary health care. **American Journal of Public Health**, New York, v. 94, n. 11, p. 1864-74, Nov. 2004.

DANGELO, J. G.; FATTINI, C. A. **Anatomia humana básica**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2002.

DAVISSON, L.; NUSS, M.; COTTRELL, S. Women's Health Curriculum for Internal Medicine Residents: Development, Implementation, and Evaluation. **Journal of Graduate Medical Education**, Chicago, v. 2, n. 3, p. 398-403, Sep. 2010.

DIAS, R. C. S. et al. Clonal composition of Escherichia coli Causing Community-Acquired Urinary Tract Infections in the State of Rio de Janeiro, Brazil. **Microbial Drug Resistance**, Larchmont, v.15, n. 4, p. 303-8, Dec. 2009.

DIAS-DA-COSTA, J. S. et al. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária nos municípios em gestão plena do sistema no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 358-64, 2008.

FARAH, M. F. S. Gênero e políticas públicas. **Estudos Feministas**, Santa Catarina, v. 12, p. 47-71, jan./abr. 2004.

FLORES-MIRELES, A. L. et al. Urinary tract infections: epidemiology, mechanisms of infections and treatment options. **Nature Reviews. Microbiology**, London, v. 13, n. 5, p. 269-84, May, 2015.

FOXMAN, B. et al. Urinary Tract Infection: Self-reported incidence and associated costs. **Annual of Epidemiology**, New York, v. 10, n. 8, p. 509-15, Nov. 2000.

FOXMAN, B.; FRERICHS, R. R. Epidemiology of Urinary Tract Infection: Diaphragm Use and Sexual Intercourse. **American Journal of Public Health**, New York, v. 75, n. 11, p. 1308-13, Nov. 1985.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-81, jun. 2006.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783-94, jun. 2009.

GORTER, K. J. et al. Risk of recurrent acute lower urinary tract infections and prescription pattern of antibiotics in women with and without diabetes in primary care. **Family Practice**, England, v. 27, n. 4, p. 379-85, Aug. 2010.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de fisiologia médica**. 12. ed. Rio de Janeiro, Elsevier, 2011.

HEILBERG, I. P.; SCHOR, N. Abordagem diagnóstica e terapêutica na infecção do trato urinário-ITU. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 109-116, 2003.

HOBAN, D. J. et al. Antimicrobial susceptibility of global inpatient urinary tract isolates of *Escherichia coli*: results from the Study for Monitoring Antimicrobial Resistance Trends (SMART) program: 2009-2010. **Diagnostic Microbiology and Infectious Disease**, New York, v. n. 4, 70, p. 507-11, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Coordenação de população e indicadores sociais**: COPIS. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=320530>>. Acesso em: 09 abr. 2016.

JUNQUEIRA, R. M. P.; DUARTE, E. C. Internações hospitalares por causas sensíveis à atenção primária no Distrito Federal, 2008. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 761-8, 2012.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p.122-9, out./dez, 2011.

LEVY, C. E. et al. **Manual de microbiologia clínica para o controle de infecção em serviços de saúde**. Brasília, DF: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2004.

LOPES, H. V.; TAVARES, W. **Infecções do trato urinário**: diagnóstico. São Paulo: Associação Médica Brasileira; Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2004.

LOPES, H. V.; TAVARES, W. Diagnóstico das infecções do trato urinário. **Revista da Associação Médica Brasileira**, Brasília, DF, v. 51, n. 6, p. 306-8, 2005.

LÛTHJE, P.; BRAUNER, A. Novel strategies in the prevention and treatment of urinary tract infections. **Pathogens**, Switzerland, v. 5, n. 1, p. E13, 2016.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 163-171, 2002.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. **Atenção primária à saúde**. 2013. Disponível em: <http://www.midias.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Atencao_Primary_a_Saude_-_recortado.pdf>. Acesso em: 6 de out. 2015.

MEDEIROS, A. C. et al. Infecção hospitalar em pacientes cirúrgicos do hospital universitário. **Acta Cirúrgica Brasileira**, São Paulo, v. 18, supl 1, p. 15-18, 2003.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006.

MOORE, K. L. **Anatomia orientada para a clínica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

MORA, J. F. et al. Perfil dos pacientes com infecções do trato urinário diagnosticados no Município de Flor do Sertão – SC. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, Santa Catarina, v. 40, n. 4, p. 321-3, 2008.

MORAES, A. **Direito constitucional**. 31. ed. São Paulo: Atlas, 2015.

MURRAY, P. R. et al. **Microbiologia médica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.

NEDEL, F. B. et al. Programa saúde da família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 6, p. 1041-52, 2008.

NERURKAR, A.; SOLANKY, P; NAIK, S. Bacterial pathogens in urinary tract infection and antibiotic susceptibility pattern. **Journal of Pharmaceutical and Biomedical Sciences**, Indian, v. 21, n. 12, p. 1-3, 2012.

ORESTEIN, R.; WONG, E. S. Urinary Tract Infections in Adults. **American Family Physician**, New Jersey, v. 59, n. 5, p. 1225-34, mar. 1999.

PAULA, Cleber Jacob Silva de. **Fatores de virulência, resistência antimicrobiana em isolados de Escherichia coli provenientes do trato genito-urinário de humano e das fezes de seus animais de companhia**. 2012. 63 f. Tese (Doutorado em Microbiologia Agropecuária) - Universidade Estadual Paulista Faculdade de Ciências Agrárias e Veterinárias Campus de Jaboticabal, Faculdade de Ciências Agrárias e Veterinárias – UNESP, Jaboticabal, 2012.

PÊGO, C. M. S. **Infecção urinária na criança**: proposta de protocolo de abordagem, diagnóstico e terapêutica. 2008. 97 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Beira Interior, Covilhã, 2008.

POLETTI, K. Q.; REIS, C. Suscetibilidade antimicrobiana de uropatógenos em pacientes ambulatoriais na cidade de Goiânia, GO. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Brasília, DF, v. 38, n. 5, p. 416-420, set./out. 2005.

PERPETUO, I. H. O.; WONG, L. R. Atenção hospitalar por condições sensíveis à atenção ambulatorial (CSAA) e as mudanças no seu padrão etário: uma análise exploratória dos dados de Minas Gerais. SEMINÁRIO SOBRE A ECONOMIA MINEIRA, 12, Diamantina, MG, 2006. **Anais...** Diamantina, 2006.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA. Secretaria Municipal de Saúde. **Gerência de vigilância em saúde**. Vitória, ES: Secretaria Municipal de Saúde, 2013.

_____. _____. **Plano municipal de saúde: gestão 2010/2013**. Vitória, ES: Secretaria Municipal de Saúde, 2010.

_____. _____. **Relatório gestão 2010**. Vitória, ES: Secretaria Municipal de Saúde 2011.

RIOS, C. T. F.; VIEIRA, N. F. C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n. 2, p. 477-86, 2007.

RODRIGUES, C. E. F. B. et al. **Perfil epidemiológico das infecções urinárias diagnosticadas em pacientes atendidos no laboratório escola da Universidade Potiguar**. Natal, RN: Newslab, 2013.

ROSSI, P. et al. **Bacteriúria assintomática: diagnóstico**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Infectologia; Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Urologia, 2011.

SANTANA, M. N. S. **Controle social na política de saúde de Ilhéus-BA: a experiência do Conselho Municipal de Saúde no período de 2000 a 2010**. 2013. 155 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

SARRETA, F. O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

SCHRAIBER, L. B., (Org.). **Programação em saúde hoje**. São Paulo: Hucitec; 1990.

SHI, L. Y. et al. Patient characteristics associated with hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions in South Carolina. **Southern Medical Journal**, Birmingham, v. 92, n. 10, p. 989-98, Out. 1999.

SILVA, E. A. **Necessidades em saúde das famílias do loteamento cidade Recreio Cabo Branco no município de João Pessoa – PB**. 2004. 111 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2004.

- SILVA, J. M. P. et al. Aspectos atuais no diagnóstico e abordagem da infecção do trato urinário. **Revista Medicina Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 24, supl. 1, p. 20-30, 2014.
- SILVA JUNIOR, S. M. **Caracterização de Escherichia coli uropatogênicas isoladas de crianças com infecção urinária**. 2012. 20 f. Dissertação (Mestrado em Biotecnologia) - Instituto de Ciências Biomédicas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.
- SILVEIRA, S. A. et al. Prevalência e suscetibilidade bacteriana em infecções do trato urinário de pacientes atendidos no Hospital Universitário de Uberaba. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, Santa Catarina, v. 42, n. 3, p. 157-60, 2010.
- SMANIO, G. P.; BERTOLIN, P. T. M. **O direito e as políticas públicas no Brasil**, São Paulo: Atlas, 2013.
- SOARES, M. C. **A integralidade na saúde da mulher: possibilidades de atenção à mulher com câncer de colo uterino nos serviços de saúde**. 2007. 205 f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.
- SOBRINHO, R. A. S. **Microrganismos envolvidos em infecções urinárias de mulheres com idade superior a 15 anos atendidas no HC-UFG em 2009 e os perfis de susceptibilidade aos antimicrobianos**. 2011. 67 f. Dissertação (Mestrado Medicina Tropical) - Universidade Federal de Goiás, Goiás, 2011.
- SOUZA, G. C. A.; COSTA, I. C. C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.19, n. 3, p. 509-17, 2010.
- STAMM, W. E.; NORRBY, S. R. Urinary Tract Infections: Disease Panorama and Challenges. **The Journal of Infections Diseases**, Chicago, v. 183, Suppl. 1, p. 51-54, 2001.
- STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
- STRASINGER, S. K. **Uroanálise e fluidos biológicos**. 5. ed. São Paulo: Premier, 2009.
- TORTORA, G. J.; FUNKE, B. R.; CASE, C. L. **Microbiologia**. 10. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.
- TOSO, B. R. G. O. **Resolutividade do cuidado à saúde das crianças menores de cinco anos hospitalizadas por causas sensíveis a atenção básica**. 2011. 378 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.
- TRABULSI, L. B.; ALTERTHUM, F. **Microbiologia**. 6. ed. São Paulo: Atheneu, 2015.

VALLE, A. R. M. C. **Competências do enfermeiro para ações preventivas na atenção domiciliar com ênfase nos riscos de infecção.** 2013. 262 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.
VIEIRA NETO, O. M. Infecção do Trato Urinário. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 36, n. 2/4, p. 365-9, abr./dez 2003.

WEIGELT, L. D. **Política pública de saúde:** um estudo sobre o processo de implementação da descentralização / regionalização da saúde na região do Vale do Rio Pardo - RS. 2006. 227 f. Tese (Doutorado em Desenvolvimento Regional) - Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Carta de Anuência

PREFEITURA DE VITÓRIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
LABORATÓRIO CENTRAL MUNICIPAL

CARTA DE ANUÊNCIA

Vitória, 11 de Fevereiro de 2015

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos a pesquisadora Helaine Marla Gomes Ferreira, que está sob a orientação da Professora Doutora Maria Diana C. Sales, a desenvolver o seu projeto de pesquisa cujo título é **“Saúde da Mulher enquanto Políticas Públicas: abordagem epidemiológica das Infecções do Trato Urinário (ITU) nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), do Município de Vitória/ES”**, com o objetivo de **Identificar políticas públicas na saúde da mulher e realizar uma abordagem epidemiológica das Infecções do Trato Urinário (ITU) nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), no Município de Vitória/ES.**

A aceitação está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados e materiais coletados, exclusivamente para fins da pesquisa.


Regina Binda Azevedo Terrão
Diretora SEMUS/LCM

Regina M^a. Binda A. Terrão
Diretora
PMVISEMUS/LCM
Mat: 6009055/CRF-ES 509

APÊNDICE B - Declaração da carta de solicitação para pesquisa na SEMUS



EMESCAM

Tradição e Conhecimento em Saúde

ANEXO A MODELO DE CARTA DE SOLICITAÇÃO PARA PESQUISA NA SEMUS

Exma. Srª Secretária Municipal de Saúde Daysi Koehler Behning

Vimos mui respeitosamente solicitar a Vossa Senhoria a apreciação do nosso projeto de pesquisa para aprovação por esta Secretaria.

Instituição de Ensino: A Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM)

Orientador(a): Maria Diana Cerqueira Sales

Pesquisadores(as): Helaine Marla Gomes Ferreira

Título da pesquisa: **SAÚDE DA MULHER ENQUANTO POLÍTICAS PÚBLICAS: ABORDAGEM EPIDEMIOLÓGICA DAS INFECÇÕES DO TRATO URINÁRIO (ITU) NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBS), DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA/ES.**

Especificação da pesquisa: () Graduação / TCC () Graduação/ Iniciação Científica () Especialização (x) Mestrado () Doutorado

Nº Linha de Ação: 3.1 Nº Linha de Pesquisa: 3.1.1.2

Telefones para contato: 33343500

e-mail: maria.sales@emescam.br; helainemarlaf@gmail.com

Assinatura dos pesquisadores (as):

Helaine Marla Gomes Ferreira.

Helaine Marla Gomes Ferreira

Assinatura do orientador (a):

Maria Diana C. Sales

Vitória/ES, 19 de Fevereiro de

Protocolado: **3150/2015** **JUNTADA**
 Data: 19/02/2015 Hora: 15:49
 Requerente: IRMANDADE DA SANTA CASA D
 Órgão Destino: **SEMAD/GAL/CPA/EPG**
 Assunto: SOLICITACAO DE PESQUISA NA SEM
 Documento: REQUERIMENTO
 Número Documento: s/n

Av. N. S. da Penha, 2190
 Santa Luiza - Vitória
 ES - Brasil - CEP 29045-402

Escola Superior
 de Mis



Obs: Max. 5 andamentos. Prazo de arquivo 2 anos, após elimi nar.

APÊNDICE C - Comprovante de submissão de artigo

SALUS
Journal of Health Sciences

Usuário: **Helaine Marla Ferreira**

Sistema de Gestão de Publicações
Publication Management System **SGP**
Versão 3.0

Página inicial Correo Autor

Como Enviar Critérios Copyright Downloads DeCS MeSH Dados Cadastrais Encerrar

	Qtde
Fora de Padrão	0
Artigos não-concluídos	0
Aguardando Aprovação	0
Submetido pelo Autor	1
Recebido pela Secretaria	0
Enviado aos Revisores	0
Devolvido para Correções	0
Recusado	0
Aprovado	0
Pendente a Visualização (PDF)	0
Respondido pelo autor	0
Publicado na Revista	0

Submetido pelo Autor Total: 1

95 - Saúde da Mulher enquanto Políticas Públicas

Data da submissão: 09/08/2016 21:43:31 (Artigo de Revisão / Atualização)
Salus - Journal of Health Sciences

- Pareceres e Comentários
- Versão em PDF
- Detalhe do Manuscrito

Submeter novo artigo para Salus - Journal of Health Sciences

Gerar Termo de Copyright

Ajuda

ANEXOS

ANEXO A - Parecer consubstanciado do CEP

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SAÚDE DA MULHER ENQUANTO POLÍTICAS PÚBLICAS: ABORDAGEM EPIDEMIOLÓGICA DAS INFECÇÕES DO TRATO URINÁRIO (ITU) NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBS), DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA/ES.

Pesquisador: Helaine Marla Gomes Ferreira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 42277415.8.0000.5065

Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 973.839

Data da Relatoria: 05/03/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de pesquisa do Mestrado em Políticas Públicas da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória.

A pesquisa pretende fazer a correlação entre as mulheres com idade de 15 a 60 anos acometidas de ITU e a identificação das bactérias mais prevalentes nos exames realizados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nos Prontos Atendimento (PAs) do município de Vitória/ES e a identificação se há políticas de Integração à Saúde da Mulher, contempladas nos Programas de Assistência Integral à Saúde da Mulher na busca do fortalecimento da capacidade das mulheres diante da identificação de suas demandas, no reconhecimento e respeito aos direitos e na promoção do autocuidado da mulher.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar políticas públicas na saúde da mulher e realizar uma abordagem epidemiológica das Infecções do Trato Urinário (ITU) nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Vitória- ES.

Objetivo Secundário:

•Identificar os agentes etiológicos mais frequentes das bactérias isoladas de uroculturas de pacientes atendidas nas UBS e Prontos Atendimento(PAs)do município de Vitória/ES;

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa

Bairro: Bairro Santa Luzia **CEP:** 29.045-402

UF: ES **Município:** VITORIA

Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



Continuação do Parecer: 973.839

- Determinar a incidência dos microrganismos causadores de ITU em mulheres nas UBS do município de Vitória/ES;
- Comparar a incidência dos microrganismos causadores de ITUs em UBS e Prontos Atendimentos (PAs).
- Identificar políticas que reforcem a importância da implantação e implementação de programas de investigação de ITU em mulheres, nas faixas etárias recorrentes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A participação nesta pesquisa traz risco mínimo aos participantes, pois não trará complicações legais. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecerão aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à dignidade, ou ao bem estar físico, emocional, psicológico e moral.

Benefícios:

Os benefícios quanto à participação dos exames coletados poderão aumentar o conhecimento científico para a área de saúde e de políticas públicas, identificando o perfil da incidência bacteriana nas infecções do trato urinário, e ajustar a melhor aplicação dos esquemas terapêuticos específicos, resultando em redução de custos e efeitos adversos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é viável e apresenta mérito científico.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta dos os termos de apresentação obrigatória de acordo com a resolução 466/12:

- Carta de anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória;
- Folha de rosto assinada pelo diretor da EMESCAM.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luzia **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



Continuação do Parecer: 973.839

Considerações Finais a critério do CEP:

O parecer do relator foi aprovado pelo CEP: projeto aprovado. Conforme a norma operacional 001/2013:

- riscos ao participante da pesquisa deverão ser comunicadas ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- ao final de cada semestre e ao término do projeto deverá ser enviado relatório ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- mudanças metodológicas durante o desenvolvimento do projeto deverão ser comunicadas ao CEP por meio de emenda via Plataforma Brasil.

VITÓRIA, 05 de Março de 2015

Assinado por:
PATRICIA CASAGRANDE DIAS DE ALMEIDA
(Coordenador)

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luzia CEP: 29.045-402
UF: ES Município: VITÓRIA
Telefone: (27)3334-3586 Fax: (27)3334-3586 E-mail: comite.etica@emescam.br

ANEXO B - Declaração da SEMUS para a utilização do banco de dados



PREFEITURA DE VITÓRIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ESCOLA TÉCNICA E FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE SAÚDE
Professora Angela Maria Campos da Silva



DECLARAÇÃO

Declaro, para fins de apresentação em Comitê de Ética, que a Secretaria Municipal de Vitória - SEMUS/Vitória está de acordo e possui a infraestrutura adequada para a realização do projeto de pesquisa intitulado: "SAÚDE DA MULHER ENQUANTO POLÍTICAS PÚBLICAS: ABORDAGEM EPIDEMIOLÓGICA DAS INFECÇÕES DO TRATO URINÁRIO (ITU) NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBS), DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA/ES" de autoria de HELAINE MARLA GOMES FERREIRA. O início da coleta de dados fica condicionado à aprovação do projeto no Comitê de Ética e fornecimento, pela ETSUS – Vitória, de carta de apresentação do pesquisador ao (s) campo (s) de pesquisa.

Vitória, 14 abril, 2015 .

Regina Célia Diniz Werner
Diretora da Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde

ANEXO C - Comunicação interna SEMUS – Encaminhamento de pesquisador

PREFEITURA DE VITÓRIA		COMUNICAÇÃO INTERNA			
Número	Origem	Destino	Data	Emitida por	Recebida por
098/2015	SEMUS/ETSUS	SEMUS/ Laboratório Central Municipal	25/05/2015	SANDRA	

ENCAMINHAMENTO DE PESQUISADOR
<p>Texto</p> <p>Prezada Gestora,</p> <p>O projeto de pesquisa de mestrado, intitulado: "SAÚDE DA MULHER ENQUANTO POLÍTICAS PÚBLICAS: ABORDAGEM EPIDEMIOLÓGICA DAS INFECÇÕES DO TRATO URINÁRIO (ITU) NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBS), DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA/ES" de autoria de HELAINE MARLA GOMES FERREIRA e orientação de MARIA DIANA C. SALES, foi aprovado para sua realização.</p> <p>Esclarecemos que o presente projeto tem o objetivo de identificar políticas públicas na saúde da mulher e realizar uma abordagem epidemiológica das infecções do trato urinário nas Unidades de Saúde e Prontos Atendimentos do município de Vitória-ES.</p> <p>A metodologia a ser utilizada será o levantamento de dados coletados no banco de dados de exames laboratoriais de urina tipo 1 (EAS) e uroculturas realizados no laboratório próprio de análises clínicas do município de Vitória, demandados por Unidades de Saúde e Prontos Atendimentos.</p> <p>Ressaltamos que o pesquisador foi orientado que a liberação da pesquisa está condicionada à devolução dos resultados em forma de CD e/ou apresentação oral para a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) e ao Conselho Municipal de Saúde. A não devolutiva dos resultados em até dois meses, após o término desta referida pesquisa, implicará no indeferimento de novas solicitações do (s) pesquisador (es). Informamos que o resumo da pesquisa poderá ser disponibilizado no site da PMV</p> <p> João Carlos Milaré Chefe de Equipe de Apoio Administrativo Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde</p>