

“Perfil dos atendimentos nos Postos de Primeiros Socorros dos aeroportos internacionais de cidades sede da Copa do Mundo de 2014”

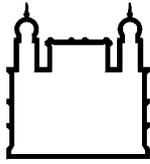
por

Noemi Melo Cabral

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre
Modalidade Profissional em Epidemiologia em Saúde Pública.*

*Orientador principal: Prof. Dr. Andrey Moreira Cardoso
Segunda orientadora: Prof.^a Dr.^a Mayumi Duarte Wakimoto*

Rio de Janeiro, fevereiro de 2013.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Esta dissertação, intitulada

“Perfil dos atendimentos nos Postos de Primeiros Socorros dos aeroportos internacionais de cidades sede da Copa do Mundo de 2014”

apresentada por

Noemi Melo Cabral

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Regina Fernandes Flauzino

Prof. Dr. José Cerbino Neto

Prof. Dr. Andrey Moreira Cardoso – Orientador principal

Dissertação defendida e aprovada em 19 de fevereiro de 2013.

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

C117 Cabral, Noemi Melo
Perfil dos atendimentos nos postos de primeiros socorros dos aeroportos internacionais de cidades sede da copa do mundo de 2014. / Noemi Melo Cabral. -- 2013.
xi,120 f. : tab. ; graf.

Orientador: Cardoso, Andrey Moreira
Wakimoto, Mayumi Duarte
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

1. Saúde do Viajante. 2. Aeroportos. 3. Vigilância Epidemiológica. 4. Eventos de Massa. 5. Serviços Médicos de Emergência. I. Título.

CDD - 22.ed.

AGRADECIMENTOS

A Deus por mais esta oportunidade em minha vida.

A minha família pelo amor, exemplo e estímulo permanentes.

Ao meu companheiro Rogerio pela compreensão, apoio e colaboração no decorrer dessa construção.

Aos meus orientadores, Andrey Moreira Cardoso e Mayumi Duarte Wakimoto por comprarem comigo a jornada desse estudo, contribuindo e acreditando para que ele se tornasse uma realidade bem sucedida.

Aos colegas de trabalho pela compreensão nos momentos de ausência e estímulo nos de cansaço.

Aos professores do Mestrado Profissional Em Epidemiologia Aplicada Aos Serviços de Saúde pelo aprendizado conquistado.

Aos colegas de curso pelo companheirismo nas horas de angústias e de conquistas.

À estatística Mirian de Souza Carvalho pela disponibilidade e apoio imprescindíveis para a definição e implementação do plano amostral e dos procedimentos de análise dessa pesquisa.

E a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para o alcance deste objetivo.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	VI
LISTA DE TABELAS	VII
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	IX
RESUMO	XI
ABSTRACT	XIII
1. INTRODUÇÃO	14
2. REVISÃO DE LITERATURA	22
2.1. Saúde do Viajante	22
2.2. Doenças Emergentes e Re-emergentes	25
2.3. Eventos de Massa e Vigilância em Saúde	27
2.4. Vigilância em Saúde em Pontos de Entradas	29
3. JUSTIFICATIVA	30
4. OBJETIVOS	32
4.1. Objetivo Geral	32
4.2. Objetivos Específicos	32
5. METODOLOGIA	33
5.1. Desenho de estudo	33
5.2. População e área do estudo	33
5.3. Coleta de dados	35
5.4. Amostra	36
5.5. Análise dos dados	38
5.5.1. Caracterização dos atendimentos de saúde realizados nos PPS/INFRAERO	38
5.5.2. Descrição da composição das equipes de saúde, normas e fluxos dos PPS/INFRAERO	41
6. ASPECTOS ÉTICOS	41
7. RESULTADOS	42
7.1. Resultados do instrumento II	42
7.2. Resultados das entrevistas	71
7.3. Análise dos modelos de formulários	77
8. DISCUSSÃO	79
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91
11. ANEXOS	97

LISTA DE FIGURAS

Figura 1:	Organograma da Gerência Geral de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados da ANVISA	15
Figura 2:	Fluxo de passageiros segundo aeroportos do estudo, Ano 2011	43
Figura 3:	Frequência de atendimentos nos PPS dos aeroportos do estudo, Ano 2011	44
Figura 4:	Proporção de atendimentos segundo a condição de viajante e não viajante, Ano 2011	44
Figura 5:	Hipóteses diagnósticas registradas para os casos com sintomatologia compatível com dengue	66

LISTA DE TABELAS

Tabela 1:	Tamanho absoluto, relativo e amostral da população alvo segundo aeroportos com base no número de atendimentos realizados pelos serviços de saúde aeroportuários em 2011	37
Tabela 2:	Definição de casos suspeitos das doenças de notificação compulsória analisadas no estudo	40
Tabela 3:	Compleitude (%) dos dados nos registros do PPS segundo aeroportos, Ano 2011	46
Tabela 4:	Proporção de atendimentos por Capítulos da CID 10 e respectivos IC _{95%} nos PPS de aeroportos em cidades sede da Copa do Mundo de 2014, Ano 2011.....	50
Tabela 5:	Proporção de atendimentos de viajantes por Capítulos da CID 10 e respectivos IC _{95%} nos PPS de aeroportos em cidades sede da Copa do Mundo de 2014, Ano 2011.....	51
Tabela 6:	Hipóteses diagnósticas específicas dos atendimentos nos PPS relativas ao Capítulo I do CID10	52
Tabela 7:	Hipóteses diagnósticas específicas dos atendimentos nos PPS relativas ao Capítulo X do CID10	53
Tabela 8a:	Análise descritiva das características da demanda de atendimento nos PPS de aeroportos em cidades sede da Copa do Mundo de 2014. Brasil, 2011	55
Tabela 8b:	Análise descritiva das características da demanda de atendimento nos PPS de aeroportos em cidades sede da Copa do Mundo de 2014. Brasil, 2011 (Continuação da tabela 8)	56
Tabela 9:	Países mais frequentes por continente de residência, Ano 2011.....	58
Tabela 10:	Países mais frequentes por continente de procedência, Ano 2011.....	59
Tabela 11:	Hipóteses diagnósticas específicas dos atendimentos de viajantes nos PPS relativas ao Capítulo I do CID10	60
Tabela 12:	Hipóteses diagnósticas específicas dos atendimentos de viajantes nos PPS relativas ao Capítulo X do CID10	61
Tabela 13a:	Análise descritiva dos atendimentos com hipótese diagnóstica de doença ou agravo de notificação compulsória segundo a Portaria MS n.104/2011	63
Tabela 13b:	Análise descritiva dos atendimentos com hipótese diagnóstica de doença ou agravo de notificação compulsória segundo a Portaria MS n.104/2011 (Continuação da tabela 13)	64
Tabela 14:	Características dos casos suspeitos de dengue	66
Tabela 15:	Características dos casos suspeitos de DDA	68
Tabela 16:	Distribuição de frequência dos casos de diarreia segundo hipóteses diagnósticas atribuídas pelos PPS, agrupadas por capítulo de CID10	69
Tabela 17:	Características dos atendimentos com registro de febre	70
Tabela 18:	Análise descritiva dos óbitos	71
Tabela 19:	Características dos responsáveis técnicos entrevistados	72
Tabela 20:	Quantidade de profissionais que compõem as equipes de saúde dos PPS	72
Tabela 21:	Carga horária semanal por profissional	73
Tabela 22:	Escala de trabalho semanal por categoria profissional	74

Tabela 23:	Análise descritiva das variáveis relacionadas a organização e capacitação para atuar frente a doenças infectocontagiosas	74
Tabela 24:	Análise descritiva das variáveis relacionadas a estrutura e a percepção profissional para atuar frente a doenças infectocontagiosas	76
Tabela 25:	Variáveis presentes nos formulários de atendimentos dos aeroportos da pesquisa	78

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANAC	- Agência Nacional de Aviação Civil
ANVISA	- Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAPSCA	- Cooperative Arrangement for the Prevention of Spread of Communicable Disease Through Air Travel
CDC	- Centers for Disease Control and Prevention
CID 10	- Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CIVP	- Certificado Internacional de Vacinação e Profilaxia
COE	- Centro de Operações de Emergência
COSV	- Centros de Orientação Para Saúde do Viajantes
CVPAF	- Coordenação de Vigilância Sanitária em Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados da ANVISA
DNV	- Doenças de Notificação Compulsória
DIP	- Doença Infecciosa e Parasitária
ENSP	- Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz
EPI	- Equipamento de Proteção Individual
FIFA	- Federação Internacional de Futebol Associado
FIOCRUZ	- Fundação Oswaldo Cruz
ICAO	- International Civil Aviation Organization
ISTM	- International Society of Travel Medicine
GGPAF	- Gerência Geral de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados da ANVISA
GCOVI	- Gerência de Orientação e Controle Sanitário de Viajantes
HOTRAN	- Horários de Transportes/ANAC
INFRAERO	- Empresa Brasileira de Infraestrutura Aeroportuária
MS	- Ministério da Saúde
OACI	- Organização de Aviação Civil Internacional
OMS	- Organização Mundial de Saúde
OPAS	- Organização Pan-Americana de Saúde
PLEM	- Plano de Emergência em Aeródromo
POP	- Procedimento Operacional Padrão

PPS	-	Posto de Primeiros Socorros/INFRAERO
RSI	-	Regulamento Sanitário Internacional
RDC	-	Resolução da Diretoria Colegiada/ANVISA
SAGARANA	-	Sistema de Gestão de Riscos Sanitários em Portos, Aeroportos e Fronteiras
SME	-	Serviço Médico de Emergência e Remoção de Vítimas
UNWTO	-	World Tourism Organization
WHO	-	World Health Organization

RESUMO

A propagação de doenças infecciosas de um país para outro e, potencialmente, para o mundo inteiro é um antigo problema de saúde pública. O Regulamento Sanitário Internacional destaca a importância dos pontos de entrada (portos, aeroportos e fronteiras) estarem preparados com capacidades básicas instaladas para dar resposta a eventos de saúde pública. Considerando a iminência de eventos de massas previstos para serem realizados no Brasil e a grande mobilização e concentração de pessoas com eles prevista, é patente a atenção especial que os mesmos merecem da vigilância em saúde. A ANVISA atua nos aeroportos com fluxo internacional de passageiros, definidos como pontos de entrada com grande movimento de pessoas de diversas procedências, sendo responsável pela vigilância sanitária e epidemiológica nessas áreas. Nesses aeroportos também estão instalados postos de primeiros socorros (PPS), responsáveis pelo atendimento clínico de viajantes, que devem atuar de forma articulada com a ANVISA. Os aeroportos e seus PPS são, portanto, estratégicos para uma primeira abordagem de saúde aos viajantes. O objetivo desse estudo foi o de caracterizar pela primeira vez no Brasil a demanda de atendimentos de saúde nos PPS em aeroportos internacionais, com foco na vigilância epidemiológica. Para tal, realizou-se um estudo exploratório descritivo de abordagem quantitativa da organização e do funcionamento dos postos de primeiros socorros em aeroportos internacionais de Cidades Sede da Copa do Mundo de 2014 selecionados nas cinco regiões brasileiras, no ano de 2011. A análise dos dados mostrou que 10,8% dos atendimentos tiveram hipótese diagnóstica classificada no capítulo de doenças infecciosas e parasitárias da CID10 (Cap I). O capítulo XVIII, relativo aos sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos, apresentou a maior frequência no conjunto dos aeroportos (22,9%). Enquanto as variáveis que se aplicam indistintamente a todos os pacientes apresentaram elevada proporção de completude e relativa homogeneidade entre os aeroportos, as de relevância para viajantes têm pior preenchimento e alguma heterogeneidade entre os aeroportos. Os resultados mostraram que o sexo feminino foi o mais frequente; a maior proporção de pacientes desses postos é de passageiros, sendo os trabalhadores aeroportuários a segunda categoria mais frequente; a maior diversidade de países de residência dos pacientes classificados como viajantes verificou-se no aeroporto de Guarulhos; a forma de acesso ao PPS registrada com maior frequência foi por iniciativa própria (43,6% do total da amostra). Quanto ao desfecho do atendimento, a liberação do paciente pelo PPS foi o mais frequente. Dentre os viajantes, os diagnósticos de doenças infecciosas e parasitárias, capítulo I da CID 10, foram equivalentes a 12,1% do total da amostra, e o com maior proporção foi o de gastroenterite aguda. Do total da amostra, 23 casos (0,2%) foram atendimentos que tiveram hipótese diagnóstica de doença de notificação compulsória. Dentre esses 23 casos, apenas 2 apresentaram registro de notificação a ANVISA. Na análise dos atendimentos com evidências clínicas registradas que pudessem enquadrá-los em alguma hipótese diagnóstica de interesse epidemiológico, foi percebida uma baixa sensibilidade para suspeita desse tipo de doença, assim como dificuldade de identificação de evidência devido à baixa completude de registro de país de procedência. Sem desconsiderar que os PPS são unidades de atendimento emergencial, o registro das informações, de forma prática, em formulários padronizados, melhoraria o monitoramento de casos de interesse a saúde pública nessas unidades. Para uma melhor capacidade de resposta dos aeroportos a eventos de interesse a saúde pública, os PPS deveriam ter melhor definido processo de atualização sobre doenças infecciosas, a fim de aumentar a sensibilidade dos diagnósticos. Os resultados do presente estudo trazem contribuições para o aperfeiçoamento da vigilância

epidemiológica nos aeroportos e para a melhoria da atuação desses serviços de atendimentos clínicos que tem grande importância no monitoramento epidemiológico desses pontos de entrada.

Palavras-Chave: saúde do viajante, eventos de massa, aeroportos, vigilância epidemiológica

ABSTRACT

The spread of infectious diseases from one country to another and, potentially, for the whole world is an old public health problem. The International Health Regulations highlights the importance of entry points (ports, airports and borders) being prepared with basic capacities installed to respond to public health events. Considering the imminence of gathering events planned to be held in Brazil and huge mobilization and concentration of people referred to them, it is clear the special attention they deserve health surveillance. The ANVISA acts in airports with international passengers, defined as points of entry with great flow of people from diverse provenances, being responsible for sanitary and epidemiological surveillance in the areas. In these airports are also installed first aid stations (PPS), responsible for the clinical care of travelers, they should act in coordination with the ANVISA. The airports and their PPS are strategic to a first approach to the travelers' health. This study was made with the purpose of characterizing the demand for health care in first-aid posts at international airports, with a focus on epidemiological surveillance. To attend the objective, it was performed a descriptive exploratory study using quantitative approach of the organization and functioning of first-aid posts at international airports in the Host Cities of the 2014 Fifa World Cup selected in the five Brazilian regions, in the year of 2011. The analysis shows that 10.8% of attendances had its diagnostic hypothesis classified in chapter of infectious and parasitic diseases of CID10 (Cap I). Chapter XVIII, concerning symptoms, signs and abnormal clinical findings showed the highest frequency in all the airports (22.9%). While the variables that apply equally to all patients showed high proportion of completeness and relative homogeneity between airports, the ones relevant to travelers have worse completion and some heterogeneity between the airports. The results showed that females were more frequent; the largest proportion of these patients is passenger, airport workers being the second most frequent category; the great diversity of countries of residence of the patients classified as travelers are concentrated in Guarulhos` airport; the more frequent form of access to PPS was on their own initiative (43.6% of total sample). Regarding the outcome of care, the patient's release of PPS was the most frequent. Among travelers, the diagnosis on infectious and parasitic diseases, Chapter I of the ICD 10, was equivalent to 12.1% of the total sample, and the diagnosis with a higher proportion was acute gastroenteritis. Of the total sample, 23 patients (0.2%) were diagnosis of reportable disease. Among these 23 cases, only 2 had log notification ANVISA. In the analysis of clinical evidence that could fit them into some diagnose hypothesis of epidemiological interest, was perceived a low sensitivity for suspected this diseases, as well as difficulty in identifying evidence due to low completeness registration of country origin. Without ignoring the PPS are units of emergency care, the record of the information, practically, on standardized forms, improve monitoring of cases of public health interest in these units. For better responsiveness of airports to events of interest to public health, the PPS should have defined upgrade process on infectious diseases, to improve the sensitivity of the diagnosis. This study results provide contributions to the improvement of epidemiological surveillance at airports and to improve these clinical care services performance that has great importance in epidemiological monitoring of these entry points.

Keys words: traveler health, gathering events, airports, epidemiological surveillance

1. INTRODUÇÃO

A propagação de doenças infecciosas de um país para outro e, potencialmente, para o mundo inteiro é uma antiga preocupação da saúde pública. Conseqüentemente, a cooperação internacional para prevenir ou minimizar a disseminação dessas doenças tornou-se de grande importância (HARDIMAN, 2007).

A globalização mudou a forma de administração da saúde mundial, tornando necessária a criação de regimes internacionais capazes de responder às ameaças globais à saúde pública. Essa globalização da saúde pública levou ao desenvolvimento da diplomacia internacional de saúde no meio do Século XIX. Nos cem anos seguintes ocorreu expressiva mudança na cooperação internacional em relação às doenças infecciosas. Foram realizadas conferências, adoção de tratados e criação de organizações internacionais de saúde para facilitar a cooperação no controle de doenças infecciosas (FIDLER, 2001).

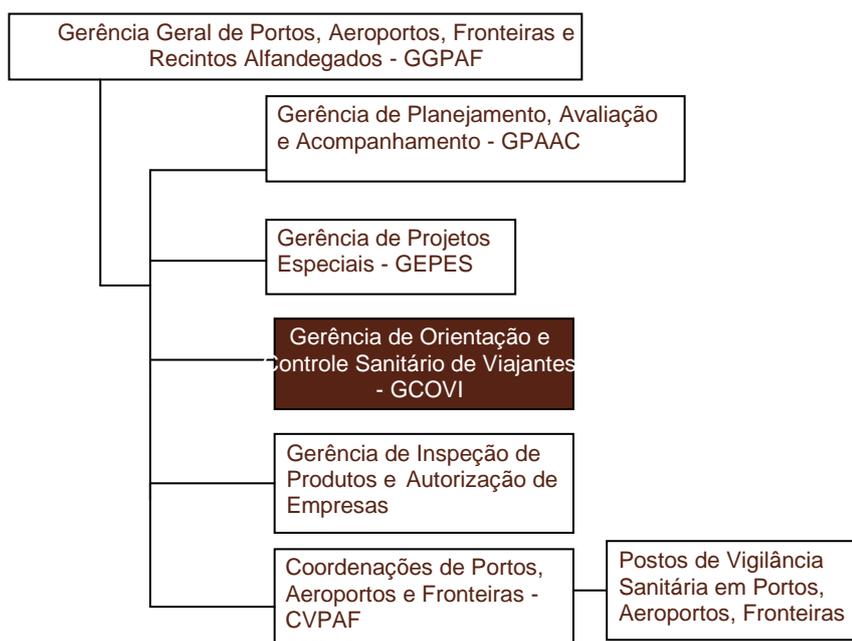
Até o final de 1951, esse processo havia culminado com a criação da Organização Mundial da Saúde - OMS e um único conjunto de normas jurídicas internacionais sobre controle de doenças infecciosas, o Regulamento Sanitário Internacional (RSI), adotado em 1969. O RSI originalmente proposto foi alterado nos anos de 1973 e 1981, e completamente revisto em 2005 (FIDLER, 2001; HARDIMAN, 2007).

No RSI-2005, foi elaborado um capítulo especificamente voltado para ações de vigilância sanitária e epidemiológica em *pontos de entrada*, definidos como pontos de passagem internacional para a entrada ou saída de viajantes, bagagens, cargas, meios de transporte, mercadorias e encomendas postais. Portanto, internacionalmente são considerados pontos de entrada os aeroportos, portos e fronteiras terrestres (OMS, 2005). O capítulo específico do RSI-2005 estabelece a necessidade dos Estados terem

capacidades básicas instaladas nos pontos de entrada para dar respostas a eventos de saúde pública. O detalhamento das capacidades básicas necessárias aos pontos de entrada está descrito no Anexo IB desse regulamento (OMS, 2005).

No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) é o órgão responsável pela vigilância sanitária e epidemiológica nos pontos de entrada (BRASIL, 1999), atuando em aeroportos, portos e fronteiras terrestres, por meio de sua Gerência Geral de Portos, Aeroportos e Fronteiras e Recintos Alfandegados (GGPAF). A GGPAF tem sua estrutura organizacional definida pelo Regimento Interno da ANVISA (ANVISA, 2006), conforme apresentado na Figura 1.

Figura 1: Organograma da Gerência Geral de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados da ANVISA



Fonte: Adaptado de ANVISA, 2006

Além das Gerências voltadas para o planejamento e administração, para projetos especiais e para as ações relacionadas à importação de produtos, destaca-se a Gerência de Orientação e Controle Sanitário de Viajantes (GCOVI) e as Coordenações de

Vigilância Sanitária em Portos, Aeroportos e Fronteiras (CVPAF). A GCOVI é responsável por ações relacionadas à saúde do viajante, pela vigilância epidemiológica de agravos à saúde pública, por planejar, orientar e controlar ações de vigilância sanitária nas áreas de infra-estrutura, meios de transportes (aeronaves, navios de carga e passageiros, veículos terrestres) e relativas ao controle de vetores, reservatórios e animais sinantrópicos nos pontos de entrada do país. Já as CVPAF, instaladas nos estados, são responsáveis por coordenar as atividades dos postos aeroportuários, portuários e fronteiriços do seu respectivo estado.

A atuação da ANVISA nos pontos de entrada do país tem, dentre suas responsabilidades, o papel de orientar e controlar as atividades sanitárias, bem como o de cooperar com o Ministério da Saúde (MS) e com as áreas de vigilância em saúde estaduais e municipais, com vistas a evitar a introdução e a expansão de doenças transmissíveis e seus vetores. Para cumprir tais responsabilidades, a ANVISA deve acompanhar os indicadores definidos pelo MS para análise e monitoramento da situação sanitária e epidemiológica nacional e internacional, que englobam a propagação de epidemias, especialmente de síndromes de notificação internacional e de doenças de notificação compulsória no território nacional conforme Portaria n.104 de 25 de janeiro de 2011 (MS, 2011), e promover as medidas de vigilância necessárias para impedir a sua disseminação no país, através de meios e vias de transportes aéreos, marítimos, fluviais, lacustres e terrestres.

Desta forma, o viajante é um dos focos de ação da ANVISA para promoção e proteção da saúde pública. Face à velocidade e eficiência do transporte aéreo de viajantes, os aeroportos internacionais são pontos estratégicos para a identificação e o monitoramento de eventos de interesse da saúde pública.

Os postos aeroportuários, portuários e fronteiriços da ANVISA realizam ações de vigilância sanitária relacionadas à infraestrutura e aos meios de transporte, atendimento aos viajantes para emissão do Certificado Internacional de Vacinação e Profilaxia - CIVP e orientação sobre cuidados com a saúde para viagens. As equipes desses postos são responsáveis pelo monitoramento epidemiológico destes pontos de entrada.

O monitoramento sanitário e epidemiológico nos pontos de entrada é realizado de diversas formas. A avaliação documental dos meios de transporte segue o preconizado em legislação como as Resoluções da Diretoria Colegiada da ANVISA – RDC n. 02 de 08/01/2003, RDC n.21 de 28/03/2008 e RDC n.72 de 29/12/2009 (ANVISA, 2003; ANVISA, 2008; ANVISA, 2009), onde constam documentos que são exigidos dos meios de transportes que entram em território nacional. Desses documentos, estão relacionados à saúde do viajante: a Declaração de Saúde da Aeronave (Anexo I), a Declaração Geral de Veículo Terrestre (Anexo II), a Solicitação de Livre Prática (Anexo III) e a Declaração Marítima de Saúde (Anexo IV), sendo as duas últimas referentes às embarcações. Esses documentos são apresentados à ANVISA pelos responsáveis pelo meio de transporte e devem conter informação sobre qualquer evento de saúde a bordo, sendo sua aplicação prevista em legislação da Agência e a omissão do evento, sujeita a penalidades.

Além da avaliação documental, o monitoramento sanitário e epidemiológico também é realizado pelo atendimento por demanda espontânea da população nos pontos de entrada; pela notificação a partir de serviços de saúde existentes nesses pontos ou pelos comandantes ou responsáveis pelos meios de transporte; pela verificação de denúncia sobre eventos de interesse; e pela identificação de agravos de interesse no decorrer das atividades de fiscalização.

Os postos aeroportuários estão instalados nos aeroportos com trânsito internacional de viajantes e produtos, e possuem em suas estruturas os Centros de Orientação de Saúde de Viajantes – COSV, onde são realizados os atendimentos de orientação e emissão do CIVP. Em conformidade com os meios de monitoramento sanitário e epidemiológico utilizados pela ANVISA, nos aeroportos existe um protocolo determinando que qualquer intercorrência a bordo de aeronave em trânsito seja comunicada pelo comandante ao Centro de Operações de Emergência - COE do aeroporto de destino. O COE, ao ser acionado, comunica imediatamente o evento ao posto da ANVISA e ao Posto de Primeiros Socorros - PPS, um serviço de saúde vinculado à Empresa Brasileira de Infraestrutura Aeroportuária - INFRAERO, e ainda outros órgãos ou empresa relacionados, como por exemplo, a companhia aérea.

Devido aos critérios de comunicação para aeronaves, que devem ser curtas e objetiva, não são repassados muitos detalhes de eventos ocorridos a bordo. Com as informações obtidas a partir da notificação do comandante, a ANVISA avalia se há indicação de pouso em área remota, espaço já especificado pelas autoridades aeroportuárias, separado dos demais pousos e dos locais onde ocorre trânsito de pessoas, sendo este o primeiro órgão a entrar a bordo do avião, juntamente com médico do PPS da INFRAERO. Nessas situações, os procedimentos operacionais da aeronave, como desembarque e embarque de passageiros e tripulantes, retirada de resíduos, reabastecimento de alimentos e água, dentre outros, ficam suspensos até liberação pela ANVISA, condicionada à avaliação dos riscos sanitários e epidemiológicos. Portanto, a avaliação de anormalidades clínicas, de acordo com os fluxos pré-estabelecidos pela GCOVI/GGPAF, é realizada pelos servidores da ANVISA, em conjunto com o médico do PPS do aeroporto, sendo este último responsável pela avaliação e medidas clínicas, quando preciso.

Considerando o grande fluxo de pessoas nos aeroportos e a agilidade de deslocamento e da operacionalização das aeronaves quando em solo, também ocorrem intercorrências que não são identificadas a bordo, tais como a procura direta e espontânea do PPS pelos viajantes e a identificação de eventos pela ANVISA no momento da fiscalização da aeronave, após pouso, ou por denúncias, conforme já referido. Casos suspeitos de doenças de notificação compulsória identificados na área aeroportuária ou em aeronaves devem ser imediatamente comunicados, pelo meio mais rápido disponível, à equipe da ANVISA, que será responsável pelo encaminhamento epidemiológico do caso e pela aplicação das medidas de controle necessárias, incluindo a notificação às áreas de vigilância em saúde municipal ou estadual, de acordo com fluxo estabelecido localmente.

O fluxo de notificação de eventos em pontos de entrada é padronizado no âmbito do nível central (a GGPAF), mas apresenta variações no nível local. Em algumas capitais o setor a ser primeiramente notificado deve ser a equipe da vigilância em saúde do estado, enquanto em outras, o município deve ser prioritariamente acionado. Destaca-se que em todas as Unidades Federadas, o fluxo da notificação está estabelecido conforme acordado com as respectivas Secretarias de Saúde Municipais e Estaduais, sendo de conhecimento da equipe local da ANVISA qual área deve ser primeiramente notificada e qual é a responsável em prover as medidas de resposta necessárias.

Quanto ao fluxo de notificações de eventos de saúde entre os postos aeroportuários da ANVISA e o nível central correspondente da agência (GGPAF), até novembro de 2012 eram enviadas para endereço eletrônico específico para notificações de eventos de saúde em pontos de entrada, de acordo com o preconizado por orientações

de serviço. Esse fluxo vem passando por adaptações, pois vem sendo implementado um fluxo de notificação através de sistema de gestão de risco.

Em 2009, após a pandemia de Influenza A (vírus H1N1), a GGPAF iniciou a implantação do Sistema de Gestão de Riscos Sanitários em Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados- SAGARANA. Esse sistema utiliza o software Risk Manager para cadastro, coleta, registro, análise e tratamento das informações de fiscalização sanitária de meios de transporte e infraestrutura nos pontos de entrada, realizada pelas equipes dos postos da GGPAF nos estados. Essa ferramenta auxilia na padronização de processos de trabalho, na gestão baseada no monitoramento de indicadores e na geração de subsídios para a implementação das medidas aplicadas pela Agência.

Em 2012, iniciou-se processo para implantação de cadastro das notificações dos eventos de saúde recebidas pelos postos da ANVISA em portos, aeroportos e fronteiras no SAGARANA, através da ferramenta Workflow. A implementação dessa ferramenta para notificação à GGPAF vai possibilitar a construção de banco de dados desses eventos e a análise e tratamento sistemático das informações.

No Workflow também são registradas e divulgadas aos servidores atuantes em pontos de entrada as informações sobre áreas afetadas por doenças de interesse epidemiológico como malária, febre amarela e cólera. A manutenção e atualização dessas informações são realizadas por monitoramento de sites oficiais de saúde (Organização Mundial de Saúde - OMS, Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS, Centers for Disease Control and Prevention - CDC) e dos rumores circulantes na web, que são investigados e confirmados junto ao Ministério da Saúde antes da publicação.

Com a iminência da realização de eventos de massa no Brasil, como Copa das Confederações, Jornada Mundial da Juventude, Copa do Mundo da FIFA de 2014 e Olimpíadas 2016, o país iniciou uma mobilização de órgãos e autoridades para atender a esses eventos, inclusive no âmbito da saúde e nos pontos de entrada. Em janeiro de 2010, foi publicado o Decreto Presidencial instituindo o Comitê Gestor para definir, aprovar e supervisionar as ações previstas no Plano Estratégico das Ações do Governo Brasileiro para a realização da Copa do Mundo da FIFA de 2014 (BRASIL, 2010).

Em 2011, foram criados três grupos de trabalho relacionados a eventos de massa nos quais a GGPAF tem participação: a Comissão Nacional de Autoridades Aeroportuárias (CONAERO), a qual criou o Comitê de Operações Especiais, que tem como competência o planejamento das ações voltadas ao atendimento da elevada demanda por serviços aéreos verificada em períodos de altas temporadas e grandes eventos a serem realizados no Brasil (BRASIL, 2011); o Grupo de Trabalho instituído pelo Ministério da Saúde para preparação das ações de saúde para a Copa do Mundo FIFA 2014; e o Grupo de Trabalho instituído pela ANVISA para organização das ações de vigilância sanitária relativas a Eventos de Massa (MS, 2011; ANVISA, 2011).

Considerando o compromisso da ANVISA e as várias possibilidades de fluxos de identificação de uma anormalidade clínica em um aeroporto, destaca-se a situação em que o indivíduo, ao sentir-se mal, procura o serviço médico - PPS para assistência. Neste caso, o profissional de saúde do PPS é quem vai acionar a equipe da ANVISA. Esse momento pode representar um ponto potencial de fragilidade do sistema de vigilância de agravos de interesse à saúde pública, na medida em que exige do serviço médico da INFRAERO, responsável pelo atendimento clínico dos eventos de saúde em ambiente aeroportuário, sensibilidade para suspeitar do agravo e capacidade de articulação e comunicação com o posto da ANVISA em cada ponto de entrada. Surgem

então alguns questionamentos: os PPS dos aeroportos possuem infraestrutura e recursos humanos necessários e são oportunamente informados a respeito das condições epidemiológicas mundiais para suspeitar ou reconhecer os potenciais casos de doenças de interesse à vigilância em saúde? Com quais critérios os profissionais desses serviços estão trabalhando para definir um caso suspeito, assistir, encaminhar e notificar à ANVISA? O PPS está envolvido e preparado para contribuir ativamente no monitoramento epidemiológico do respectivo ponto de entrada? Se não, o que pode ser feito para prepará-lo? Como a ANVISA pode potencializar a parceria realizada com esses serviços de saúde?

Esse estudo visa investigar as questões acima apresentadas, por meio de um estudo exploratório com o objetivo de caracterizar a demanda de atendimentos de saúde nos serviços de saúde em aeroportos internacionais, com foco na vigilância epidemiológica.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Saúde do Viajante

Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS (WHO, 2010), o número de pessoas que se deslocam internacionalmente vem crescendo a cada ano. De acordo a World Tourism Organization – UNWTO (2012), o turismo internacional de janeiro a agosto de 2012 cresceu em 4% em comparação aos mesmos meses de 2011, apesar das incertezas econômicas dos principais mercados emissores desse turismo. O turismo internacional alcançou 990 milhões de deslocamentos, em 2011. A expectativa é de que os deslocamentos internacionais cheguem a 1 bilhão, em 2012, e a 1,6 bilhões, em 2020.

De acordo com informações disponibilizadas no Anuário Estatístico Operacional da INFRAERO relativo ao ano 2011, o movimento de aeronaves e passageiros cresceu em média 9,3% e 15,8%, respectivamente, em comparação a 2010. As médias mensais de trânsito internacional de viajantes em vôos regulares nos aeroportos de Guarulhos e do Galeão, principais aeroportos internacionais do Brasil, foram respectivamente de 934.106 e 304.018 pessoas, em 2011 (INFRAERO, 2012).

As viagens sempre existiram, no entanto, eram realizadas a pé, a cavalo ou de barco à vela. Hoje, dentre os meios de transporte, é o avião que leva o homem cada vez mais rápido e cada vez mais longe. As viagens internacionais passaram a ser atividade comum entre diversos segmentos da população. Os objetivos das viagens variam desde turismo, educação, esporte, política e negócios até trabalhos missionários ou voluntários (IGREJA, 2001).

O processo de globalização, com o aumento do trânsito internacional de pessoas e mercadorias e a mudança contínua da situação epidemiológica mundial trouxeram um novo direcionamento para as vigilâncias em saúde, consolidado pelo RSI (2005), que entrou em vigor em 15 de junho de 2007.

Esse processo de globalização tem impacto na saúde pública por vários mecanismos. A evolução da integração política e econômica das sociedades, com livre trânsito de mercadorias e pessoas, pode ser positiva para o desenvolvimento e enriquecimento dos povos, porém estabelece uma situação de muitos obstáculos para o controle das doenças infecciosas, tais como: compatibilização de regulamentos internacionais para controle de doenças com os interesses relacionados à soberania dos Estados e a necessidade de ações de controle que abrangem questões multisetoriais como as relativas ao comércio internacional (WALDMAN, 2000).

No século XXI, o redesenho da geografia médica, da medicina preventiva e do enfrentamento das doenças infecciosas passa necessariamente pelo redesenho das relações de consumo no mundo globalizado. E o deslocamento de pessoas pelo globo é reconhecidamente fator de risco para a disseminação e transmissão de doenças (SBIM, 2009).

A saúde do viajante é uma área que aborda os riscos, individuais e coletivos, ocasionados pelo deslocamento de pessoas e a consequente interação com diversos ambientes (MATOS, 2010).

No Brasil, a medicina dos viajantes é um campo em expansão nos últimos dez anos, tendo ainda poucos serviços de referência até o momento (LO, 2008). Surgiu em 1999, como nova especialidade entre os médicos infectologistas, com o objetivo de prevenir o viajante de possíveis doenças infecciosas em seus destinos. No entanto, a medicina de viagem é mais antiga em outros países. Em 1990, foi criada a International Society of Travel Medicine – ISTM, tendo como objetivo promover e proteger a saúde dos viajantes. Em 2005, a IX Conferência da ISTM discutiu temas como: impactos do Tsunami; a criança viajante; imunização; e retorno dos viajantes. A medicina tem estudado a viagem como fator de risco para transmissão de doença entre fronteiras nacionais e internacionais, auxiliando a vigilância sanitária e epidemiológica dos países (SILVA, 2006).

Conforme defendido pela publicação no Brasil da “Carta de São Paulo” (2008), as viagens, realizadas por diversos motivos, evoluem com percurso de distâncias maiores e com velocidades mais rápidas, expondo o público residente e visitante a uma variedade de riscos à saúde. A Carta também ressalta os diferentes perfis de viajantes: turistas, profissionais, migrantes, refugiados, soldados e voluntários para serviços de saúde, os quais têm distintas implicações sobre os riscos sanitários. Esses perfis são

determinados pelos países de origem e de destino, objetivo da viagem e características individuais, e precisam de estratégias diferenciadas de ação para prevenir a disseminação de patógenos. Enfim, para as políticas de vigilância epidemiológica e sanitária, é justificada a utilização de medidas de prevenção em viajantes, visto que podem diminuir o risco de epidemias.

A época, duração e o estilo de viagem, as condições de alojamento e de alimentação, a idade e o estado de saúde do viajante são fatores que influenciam os riscos à saúde, mas dentre eles, o destino da viagem é o principal (ALEIXO, 2003). Os países em desenvolvimento são classificados como destinos de maior risco aos viajantes, mas seria equivocado presumir que nos países desenvolvidos não existem riscos (SILVA, 2006).

Um exemplo de doenças relacionadas a deslocamentos humanos, que se constitui na situação clínica mais freqüente, é a diarreia do viajante (DV), sobretudo se o deslocamento se dá de zonas mais desenvolvidas para outras menos desenvolvidas. A DV raramente constitui um risco para a vida, mas é a maior causa de morbidade entre viajantes (ALEIXO, 2003).

2.2 Doenças Emergentes e Re-emergentes

Atualmente, as moléstias infecciosas são influenciadas por um conjunto de situações muito complexo. Fatores como modelos de desenvolvimento econômico, políticas de industrialização que remetem ao rápido processo de urbanização, mudanças de hábitos das populações, alterações ambientais nas cidades e no campo, migrações e aumento do intercâmbio internacional aceleram o processo de disseminação de microrganismos e parasitas e modificam sua interação com o homem, criando condições para a emergência e difusão de novas doenças infecciosas (WALDMAN, 2000).

O cenário anteriormente descrito propiciou o ressurgimento de doenças e, a partir dos anos 90, pelas suas implicações econômicas e políticas, os agravos infecciosos retornam ao posto de prioridade em saúde pública, inclusive nos países desenvolvidos, ganhando atualizações na busca de instrumentos adequados ao seu controle, nessa nova realidade. Com tal propósito, tornou-se imprescindível a identificação e o aperfeiçoamento dos instrumentos a serem utilizados para o controle dessas doenças, entre os quais podem ser citados: as tecnologias médicas (vacinas e antibióticos, entre outras); a vigilância de doenças infecciosas, oferecendo subsídios para a fundamentação técnica das estratégias aplicadas nas ações de controle; e as normas e regulamentos que fundamentam a ação da fiscalização sanitária (WALDMAN, 2000).

Constata-se hoje, que as infecções reemergem tanto em países desenvolvidos quanto em subdesenvolvidos. Ao contrário do que se esperava, as populações de países desenvolvidos também são vulneráveis à introdução de novas e antigas infecções. Nos Estados Unidos da América, por exemplo, as infecções nunca deixaram de ter impacto na morbidade, representando 25% das razões de busca por assistência médica, constituindo-se na terceira causa de morte, estando os antibióticos em segundo lugar em frequência de prescrição entre os medicamentos. Nesse país, mesmo desconsiderando o efeito da imunodeficiência adquirida nas análises epidemiológicas, a mortalidade causada por infecções mostra tendência crescente (PEDROSO, 2009).

A vigilância epidemiológica era voltada para o controle de casos e contatos obedecendo a uma racionalidade fundada na clínica e na epidemiologia, e a vigilância sanitária para o controle de ambientes, produtos e serviços, obedecendo a uma racionalidade político-jurídica, fundada nas normas que regulamentam a produção, distribuição e consumo de bens e serviços. No decorrer do tempo, o conceito de

Vigilância da Saúde passou a agregar algumas características básicas como: intervenção sobre problemas de saúde, ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos, operacionalização do conceito de risco, articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas e atuação intersetorial. Assim, a vigilância em saúde busca superar a dicotomia entre as chamadas práticas coletivas (vigilância epidemiológica e sanitária) e as práticas individuais (assistência ambulatorial e hospitalar), incorporando as contribuições da nova geografia, do planejamento urbano, da epidemiologia, da administração estratégica e das ciências sociais em saúde (TEIXEIRA et al, 1998).

No atual contexto epidemiológico, a vigilância em saúde se constitui em um dos instrumentos mais poderosos utilizados pela saúde pública. O sucesso de sua aplicação por um sistema de saúde está, em boa parte, condicionado à articulação com a investigação científica e o desenvolvimento tecnológico (WALDMAN, 2000).

2.3 Eventos de Massa e Vigilância em Saúde

De acordo com a OMS (2011), evento de massa é definido como grandes eventos esportivos, políticos, culturais, religiosos ou artísticos, com participação de um número suficiente de pessoas para sobrecarregar os recursos de planejamento e resposta da comunidade, região ou nação anfitriã. Eles podem ser organizados ou não planejados, não havendo um quantitativo mínimo ou máximo de participantes, e podendo durar por períodos que variam de algumas horas a vários meses.

Estes eventos merecem atenção especial da vigilância em saúde pela grande mobilização e concentração de pessoas. Franke (apud Coulombier, 1998) considera que os eventos de massa representam risco para a saúde devido ao grande número de pessoas reunidas em um mesmo lugar, o que pode aumentar o risco de transmissão de

doenças entre as pessoas; suscitar a instalação de serviços ambulantes para alimentação com condições precárias de higiene; e resultar em saturação das estruturas de assistência de saúde. Para a OMS, a comunidade internacional pode ser beneficiada quando um país ou região está bem preparado para atender a um evento de massa, como por exemplo, com a prevenção da propagação internacional de doenças.

É importante ressaltar que por causa dos riscos de saúde pública associados com os encontros de massa, os mesmos exigem uma abordagem de gestão de riscos apropriada que permeie todos os setores envolvidos e enfoque o fortalecimento de parcerias entre os órgãos e instituições. Essa intersectorialidade é fundamental para realizar avaliações de risco e fortalecer os sistemas com antecedência, a fim de identificar potenciais riscos à saúde, frequentemente sem precedentes, e de prevenir, minimizar e responder às emergências de saúde pública (OMS, 2011).

Dentre os eventos de massa realizados e previstos para ocorrer no Brasil, sediar a Copa do Mundo FIFA 2014 é uma possibilidade do país sobressair-se, por um determinado período, como foco da atenção mundial. Sendo o futebol considerado o esporte mais popular do mundo, esse evento deverá atrair um número significativamente maior de pessoas. A eleição do Brasil como país sede desse evento pressupõe que o país esteja em equilíbrio quanto as suas questões internas e externas, uma vez que a FIFA faz exigências nesse sentido na escolha de países para sediar uma Copa.

Desta forma, o Brasil já se volta para esse evento de 2014, iniciando os preparativos estruturais para sua realização. Definida como “o maior evento midiático do planeta”, a projeção envolvida na Copa possibilita compreender o alcance dos movimentos feitos pelo Brasil, e dimensiona a importância da fase de planejamento, sendo essa última uma das fases mais estratégicas do evento (SILVA, 2010).

Os jogos ocorrerão em doze cidades sede, capitais brasileiras, e o evento tem duração de aproximadamente trinta dias (FIFA, 2011). Entre turistas que virão em decorrência dos jogos e aqueles que são atraídos pelos aspectos histórico-culturais do país, ocorrerá um desdobramento da atividade turística, cuja dimensão não se pode prever (SILVA, 2010).

A OMS considera um legado um resultado permanente e positivo nos sistemas de saúde pública resultantes da integração das lições aprendidas, identificação de medidas de saúde e do seu impacto ao longo do tempo, decorretes das manifestações de massa. Essa herança é um objetivo estratégico do envolvimento da OMS em manifestações de massa.

2.4 Vigilância em Saúde em Pontos de Entradas

De acordo com a proposta do RSI (2005), os Pontos de Entrada necessitam estabelecer capacidades básicas e adotar estratégias de atuação que permitam fornecer uma resposta rápida em saúde pública, mensurando e minimizando os riscos advindos de eventos de saúde de importância internacional. Essa regulamentação visa garantir a segurança do tráfego e do comércio internacional, conforme estabelecido no Anexo IB do RSI:

“os portos, aeroportos e fronteiras terrestres devem, a todo o momento, ter capacidade para fornecer acesso a um serviço médico apropriado, que disponha de meios de diagnóstico, localizado de maneira a permitir a pronta avaliação e cuidados aos viajantes doentes, e funcionários, equipamentos e instalações adequados.”

A International Civil Aviation Organization - ICAO tem como questão chave a coordenação de resposta da aviação internacional a riscos de saúde pública, e através da Cooperative Arrangement for the Prevention Management of Public Health Events in

Civil Aviation – CAPSCA soma esforços para desenvolver uma abordagem coordenada para esse tema. A CAPSCA tem dentre seus objetivos: proteção da saúde pública (público em geral, viajantes aéreos e pessoal da aviação); assistência às aviações nacionais dos estados para estabelecer planos de preparação para pandemia; cumprimento das normas regulamentadas pelo RSI; cooperação entre autoridades de aviação civil, autoridades de saúde pública, aeroportos, serviços de tráfico aéreo e linhas aéreas; avaliação dos aeroportos; desenvolvimento das capacidades básicas e suporte aos estados e territórios (CAPSCA, 2012).

Nos aeroportos brasileiros, tem-se a atuação de um serviço de saúde - PPS que atende uma abrangente rotina como: acidentes de trabalho, indivíduos sintomáticos de doenças crônicas, sintomáticos de doenças infectocontagiosas, além de promover assistência às anormalidades clínicas ocorridas nas aeronaves. Este serviço deve atuar em parceria com as ações de vigilância sanitária e epidemiológica nos pontos de entrada, as quais têm cada vez mais importância para impedir ou reduzir os riscos de agravos à saúde e os conseqüentes riscos de introdução ou reintrodução de doenças no país.

3. JUSTIFICATIVA

No Brasil, a lei de criação da ANVISA, Lei n. 9.782, de 26 de janeiro de 1999, estabelece em seu Art 7, § 3º que “*As atividades de vigilância epidemiológica e de controle de vetores relativas a portos, aeroportos e fronteiras, serão executadas pela Agência, sob orientação técnica e normativa do Ministério da Saúde.*” (BRASIL, 1999) O cumprimento dessas atividades constitui-se em desafio, que exige qualificação e atualização constante de conhecimentos dos profissionais envolvidos, participação e colaboração de órgãos e empresas que atuam nos pontos de entrada, ainda que sejam

regidas por diferentes princípios e possuam interesses e prioridades diversos. Portanto, além da responsabilidade direta com a vigilância sanitária e epidemiológica dos aeroportos, a vigilância em saúde dessas áreas deve ser organizada de modo a ser efetiva em um contexto complexo, em permanente movimentação, e ainda tendo objetividade e competência para não afetar fluxo de pessoas e comércio sem real necessidade, conforme diretriz do RSI - 2005.

Nos aeroportos, onde o fluxo de viajantes de vários locais do mundo é extremamente intenso, e onde estão presentes tanto inspetores da ANVISA quanto profissionais de saúde da unidade de saúde aeroportuária - PPS/INFRAERO, a integração desses serviços pode intensificar a vigilância oportuna desses pontos de entrada.

A Agência Nacional de Aviação Civil - ANAC determina que os aeroportos devem disponibilizar um Serviço Médico de Emergência e Remoção de Vítimas (SME) para atendimento e remoção das vítimas de uma emergência aeroportuária, seja esta associada a acidentes/incidentes aeronáuticos ou a outras ocorrências no âmbito do aeroporto (ANAC, 2012). Estes serviços, por sua localização, possuem uma elevada probabilidade de abordarem público de procedências e exposições diversificadas e podem ser estratégicos para o controle de doenças cujos patógenos têm circulação internacional, fazendo uma ponte de grande relevância com a vigilância epidemiológica.

Com a realização dos eventos de massa, o fluxo de viajantes nos aeroportos fica ainda mais intenso e gera repercussão nas demandas gerais dos aeroportos envolvidos, como necessidade de aumento na capacidade dos serviços de alimentação para atendimento ao público, aumento da produção de resíduos sólidos e do consumo de água. Dentre os eventos previstos, a Copa Mundial FIFA 2014 destaca-se pelo grande apelo de público relacionado ao evento e pelo envolvimento de todo o país com

realização de jogos em doze cidades sede, abrangendo todas as regiões do Brasil e necessitando de uma mobilização global. A previsão é de que em todas as cidades sede e cidades adjacentes, ocorra um aumento significativo de chegada e hospedagem de viajantes, tanto pelo turismo relacionado ao evento, como pela presença de delegações estrangeiras participantes dos jogos e envolvimento de força de trabalho nos vários setores envolvidos no atendimento ao evento.

Descrever os atendimentos das unidades de saúde que atuam nestes pontos de entrada, em particular nos aeroportos de Cidades Sede da Copa do Mundo de 2014, assim como a existência de preparação dessa equipe para conduta frente a agravos de importância epidemiológica relacionados a viagens internacionais, são importantes para identificação de possíveis dificuldades no desempenho destes serviços e de estratégias para o aprimoramento dos atendimentos e da vigilância epidemiológica, especialmente visando a sua preparação para os eventos de massa programados para o Brasil nos próximos 5 anos.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Caracterizar a demanda de atendimentos realizados nos postos de primeiro socorros - PPS de aeroportos internacionais em Cidades Sede selecionadas da Copa do Mundo de 2014.

4.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar os atendimentos de saúde realizados nos PPS/INFRAERO nos aeroportos internacionais selecionados;

- Verificar a frequência de diagnósticos que se enquadram em doenças de interesse epidemiológico que constam na Portaria 104/2011 do Ministério da Saúde.

- Descrever a composição das equipes de saúde dos PPS/INFRAERO e fluxos por elas adotados frente à suspeita de agravos de interesse epidemiológico;

5. METODOLOGIA

5.1 Desenho do estudo

Estudo exploratório descritivo de abordagem quantitativa da organização e do funcionamento dos postos de primeiros socorros -PPS/INFRAERO em aeroportos internacionais de Cidades Sede da Copa do Mundo de 2014 selecionados nas cinco regiões brasileiras, no ano de 2011.

Foram consideradas doenças de interesse epidemiológico aquelas que constam na Portaria n.104/2011 do Ministério da Saúde, que define a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território (MS, 2011).

5.2 População e área do estudo

Considerando a influência dos eventos de massa no fluxo de viajantes internacionais, os aeroportos que participaram do estudo foram selecionados primeiramente por estarem entre os principais aeroportos em Cidades Sede da Copa do Mundo de 2014 (São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Brasília, Salvador, Fortaleza, Recife, Natal, Cuiabá, Manaus, Curitiba e Porto Alegre). A seleção dos aeroportos entre os acima citados se deu com base nos seguintes critérios de inclusão: fluxo de viagens internacionais e representatividade regional (pelo menos um aeroporto

de cada região), limitada pela capacidade de execução da pesquisa, tendo em vista tempo e recursos orçamentários.

A relevância do fluxo de viagens nos aeroportos brasileiros foi verificada a partir dos dados da Agência Nacional de Aviação Civil – ANAC, pelas planilhas de Horários de Transporte – HOTRAN. Nestas planilhas, é possível analisar o trânsito de vôos internacionais dos aeroportos das Cidades Sede da Copa Mundial (ANAC, 2011).

Em cada região brasileira, foi selecionado o aeroporto com maior movimentação internacional. Apenas no caso da região nordeste, os dados HOTRAN não foram suficientes para definir o aeroporto a ser incluído no estudo, pois dois aeroportos, os de Fortaleza e Salvador, possuíam fluxos internacionais muito similares, segundo essa fonte. Desta forma, foram utilizados dados adicionais de trânsito de passageiros, disponibilizados pela INFRAERO, e dados de desembarques internacionais, disponibilizados pelo Ministério do Turismo, sendo selecionado o aeroporto Deputado Luis Eduardo Guimarães, de Salvador, por ter trânsito de passageiros internacionais superior ao do aeroporto Pinto Martins, de Fortaleza.

Destaca-se que, apesar do Rio de Janeiro ser o principal foco de turismo no país por motivo de lazer, São Paulo é o principal destino para negócios, eventos, convenções e outros motivos, tendo o aeroporto de Guarulhos a maior movimentação de viajantes internacionais do Brasil (Ministério do Turismo, 2003). No entanto, considerando os grandes eventos previstos para o Rio de Janeiro nos próximos anos (Copa das Confederações, Jornada Mundial da Juventude, Copa do Mundo FIFA 2014 e Jogos Olímpicos de 2016), este aeroporto foi incluído na pesquisa.

Assim a pesquisa foi desenvolvida nos seguintes aeroportos:

- Região Sul: Aeroporto Salgado Filho/Porto Alegre

- Região Sudeste: Aeroporto Guarulhos (Governador André Franco Montoro)/São Paulo e Aeroporto Tom Jobim (Galeão)/ Rio de Janeiro
- Região Centro Oeste: Aeroporto Juscelino Kubitschek/Brasília
- Região Nordeste: Aeroporto Deputado Luís Eduardo Guimarães/Salvador
- Região Norte: Aeroporto Eduardo Gomes/Manaus

Nos serviços de saúde dos aeroportos selecionados, foram descritos os atendimentos realizados no período de 01/01/2011 a 31/12/2011. Além disso, foram entrevistados os profissionais de saúde que realizam atividade de coordenação do PPS/INFRAERO instalado no aeroporto, correspondendo um total de seis coordenadores.

5.3. Coleta de dados

Os dados foram coletados entre março a maio de 2012, após aprovação do Comitê de Ética da ENSP (ANEXO V). O contato com os serviços de saúde dos aeroportos selecionados foi realizado previamente por meio de endereço eletrônico, através da INFRAERO. Após autorização documentada (ANEXO VI), os aeroportos incluídos no estudo foram visitados, ocasião em que foi procedida a investigação dos serviços de saúde neles instalados, por meio da extração de dados de consultas realizadas no período de estudo e pela auto-aplicação de um questionário com questões fechadas e abertas aos coordenadores dos PPS/INFRAERO, para posterior consolidação dos dados.

A partir da revisão e análise de instrumentos existentes para avaliação de aeroportos com fluxo internacional de passageiros com abordagem aos serviços de saúde, como o questionário do Guidelines for Airport Evaluation para a CAPSCA (South African Civil Aviation Authority Online, 2011) e o instrumento do Anexo 1B do

RSI - 2005 para levantamento das Capacidades Básicas dos Aeroportos, não se identificou um instrumento que contemplasse integralmente os objetivos propostos nesse estudo, o qual visa uma avaliação mais detalhada dos atendimentos realizados nos serviços médicos dos aeroportos. Por isso, foram desenvolvidos instrumentos específicos para essa pesquisa, a partir de adaptação daqueles identificados e do acréscimo de itens não contemplados, a fim de responder aos objetivos do estudo.

O questionário auto-aplicado (Instrumento 1- ANEXO VII) se destinava ao profissional de saúde responsável pela coordenação do serviço médico do aeroporto (PPS/INFRAERO) e teve algumas de suas perguntas baseadas no Guidelines for Airport Evaluation CAPSCA, a fim de investigar composição das equipes desses serviços, definição de fluxos, participação na elaboração de planos de contingência eventos de saúde pública e capacidade de resposta em atendimentos de doenças infectocontagiosas.

O Instrumento 2 (ANEXO VIII) foi utilizado para o levantamento retrospectivo dos dados registrados nos formulários de atendimentos realizados no período definido para a pesquisa, no respectivo serviço de saúde aeroportuário, atendendo o objetivo de caracterizar a demanda nestas unidades de saúde.

Considerando que Fortaleza também será Cidade Sede da Copa FIFA 2014 e que seu aeroporto não havia sido incluído na pesquisa, optou-se por realizar um teste piloto dos instrumentos de coleta de dados, procedendo eventuais correções, tendo em vista a possibilidade da autora acessar essa localidade sem custos adicionais para a pesquisa.

5.4 Amostra

Devido ao grande número de atendimentos realizados nos PPS/INFRAERO no intervalo de doze meses, referentes ao ano de 2011, optou-se por realizar o levantamento de dados por amostra.

O modelo de amostragem adotado foi de amostra probabilística estratificada, onde cada estrato correspondeu a um aeroporto previamente selecionado para o estudo, com base no volume do fluxo internacional de passageiros: Guarulhos; Brasília; Galeão; Porto Alegre; Salvador; e Manaus.

Para determinação do tamanho da amostra (n), levou-se em consideração o tamanho da população alvo em cada um dos seis aeroportos; um grau de confiabilidade de 95%; uma precisão relativa de 5% e uma prevalência presumida de 50% para todos os desfechos na base populacional (LEMESHOW et al., 1990). A opção por uma prevalência de 50% deve-se ao fato de que, ao se considerar essa proporção, se maximiza o tamanho da amostra a ser calculado.

Após o estabelecimento do tamanho da amostra em cada estrato, foi adicionado a cada valor 10%, para evitar a diminuição da precisão das estimativas, no caso de perda de informações. O número de atendimentos por aeroporto e o tamanho amostral final são apresentados na tabela 1.

Tabela 1: Tamanho absoluto, relativo e amostral da população alvo segundo aeroportos com base no número de atendimentos realizados pelos serviços de saúde aeroportuários em 2011.

Estratos (aeroportos)	Total de atendimentos em 2011	Tamanho relativo da amostra (%)	n_h	$n_{h10\%}$
Guarulhos	9.642	46	2.435	2.679
Brasília	3.608	17	911	1.002
Galeão	4.172	20	1.053	1.158
Porto Alegre	1.736	8	438	482
Salvador	937	4	237	261
Manaus	978	5	247	272
TOTAL	21.073	100	5.321	5.853

Notas: n_h =valor da amostra; $n_{h10\%}$ = valor da amostra com acréscimo de 10%

A estratégia de seleção dos registros de atendimento nos aeroportos foi a sistemática, levando em consideração a fração amostral de 1:3 e a ordem cronológica dos atendimentos. Para definir o primeiro registro a ser selecionado para a amostra,

gerou-se uma tabela de números aleatórios para cada estrato. A partir do primeiro registro selecionado, adicionou-se um salto de 3, definindo-se o seguinte registro a ser selecionado, até se atingir o tamanho final da amostra em cada estrato.

5.5. Análise dos dados

5.5.1. Caracterização dos atendimentos de saúde realizados nos PPS/INFRAERO

Os dados coletados pelo Instrumento II foram digitados em um banco de dados específico para pesquisa, construído em Epi-Info 2000 e posteriormente transferido para o sistema Data Analysis and Statistical Software - STATA 10, onde foram realizadas todas as análises.

Primeiramente, procedeu-se a descrição do fluxo de passageiros e frequência de atendimentos no ano 2011 por aeroporto incluído no estudo. Em seguida, fez-se uma análise da qualidade dos registros realizados nos formulários de atendimento nos PPS, por meio do cálculo da completude do preenchimento das principais variáveis de interesse do estudo: sexo, idade, país de residência, motivo da presença no aeroporto, país de procedência, hipótese diagnóstica, acesso ao PPS, situação vacinal, registro de notificação à ANVISA, notificação a outro órgão ou área e desfecho do atendimento. A proporção de atendimentos com registro da variável de interesse foi considerada como indicador de completude.

Posteriormente, foram realizadas estimativas das proporções de atendimento segundo hipótese diagnóstica (Capítulos da CID 10) e segundo as categorias das demais variáveis de interesse do estudo, com respectivos intervalos de confiança de 95%, para cada estrato (aeroporto) e para o conjunto da amostra.

Definiu-se como categoria de *viajantes* os pacientes que se enquadravam nas categorias originais de *passageiros* e *tripulantes*, com base na definição constante da

RDC n.21/2008: *toda pessoa em viagem circulando em áreas de competência da autoridade sanitária federal, independente da sua condição legal ou meio de transporte; seja passageiro, tripulante, profissional não tripulante, clandestino ou pedestre* (ANVISA, 2008).

Com o objetivo de melhor interpretação dos resultados, na análise de países de residência foram excluídos os atendimentos de pacientes identificados como trabalhadores aeroportuários e visitantes, uma vez que para a quase totalidade desses o país de residência é o Brasil. Os registros de países de residência e procedência dos pacientes foram agregados por continentes, para viabilizar a interpretação dos resultados destas variáveis, as quais apresentaram alta diversidade de respostas (61 países considerando residência e procedência).

Foram consideradas hipóteses diagnósticas de interesse epidemiológico e, portanto, passíveis de notificação aos Postos da ANVISA nos aeroportos, as doenças de notificação compulsória e os óbitos.

Para verificar a ocorrência de atendimentos com características compatíveis com doenças de interesse da vigilância, foram criadas variáveis indicadoras de suspeita de doenças de interesse à saúde pública, levando em consideração a definição de caso suspeito de cada evento considerado. Essas novas variáveis foram compostas pela combinação de sintomas e/ou sinais compatíveis com a doença, além de país de residência e/ou procedência definidos como área afetada pela respectiva doença em análise. Foram considerados critérios mínimos baseados nas definições de casos suspeitos contidas no Guia de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde (MS, 2009), com alta sensibilidade, em decorrência da elevada frequência de ausência de registros mais detalhados nas fichas de atendimento. Além disso, considerar um critério de suspeita sensível se coaduna tanto com a lógica da vigilância quanto com o papel

estratégico dos PPS em suspeitar e identificar casos de doenças de interesse a saúde pública em fronteiras internacionais, minimizando riscos a introdução de agentes infecciosos no país ou sua disseminação para outros países e regiões.

Desta forma, foram explorados casos compatíveis com suspeita de cólera, sarampo, malária, meningite, dengue, chikungunya e doença diarreica aguda. Além disso, buscou-se caracterizar sinais e sintomas presentes em todos os óbitos ocorridos no período, independentemente da causa básica registrada.

Tabela 2: Definição de casos suspeitos das doenças de notificação compulsória analisadas no estudo.

PATOLOGIA	DEFINIÇÃO	FONTE
Malária	Febre, cefaléia e calafrio (tríade clássica). Em sua forma típica a malária se caracteriza por acessos febris com intervalos de 24, 48 ou 72 h, de acordo com a espécie do plasmódio, acompanhados de cefaleia, calafrio, tremor, rubor e sudorese intensa.	COURA, 2005
Meningite	As apresentações clássicas de meningite bacteriana aguda são febre, cefaléia e sinais de irritação meníngea. Estes correspondem a rigidez de nuca , sinais de Kernig e Brudzinski.	COURA, 2005
Sarampo	Todo paciente que, independente da idade e da situação vacinal, apresentar febre e exantema maculopapular, acompanhados de um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: tosse e/ou coriza e/ou conjuntivite ; ou todo indivíduo suspeito com história de viagem ao exterior nos últimos 30 dias ou de contato, no mesmo período, com alguém que viajou ao exterior.	MS, 2009
Cólera	Qualquer indivíduo, independente de faixa etária, proveniente de áreas com ocorrência de casos de cólera , que apresente diarreia aquosa aguda até o 10 ^o dia de sua chegada (tempo correspondente a duas vezes o período máximo de incubação da doença).	MS, 2009
Dengue	Paciente que tenha doença febril aguda , com duração máxima de 7 dias, acompanhada de pelo menos dois dos seguintes sintomas: cefaleia , dor retroorbital, mialgia , artralgia, prostração, exantema. Além desses sintomas, deve ter estado, nos últimos 15 dias, em área onde esteja ocorrendo transmissão de dengue ou tenha a presença de Ae. Aegypti	MS, 2009
Chikungunya	É uma doença febril aguda, com início súbito de febre e dores nas articulações , afetando principalmente mãos, pulsos, tornozelos e pés. Outros sinais e sintomas comuns incluem mialgia, cefaléia , rash cutâneo e leucopenia. A abrangência geográfica do vírus chikungunya é principalmente na África e na Ásia. De acordo com o CDC, Chikungunya ocorre na África sub-saariana, sudeste da Ásia e áreas tropicais do subcontinente indiano, bem como ilhas no sudoeste do Oceano Índico.	WHO, 2012 e CDC, 2012

Notas: WHO – World Health Organization, 2012; MS - Guia de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde, 2009; CDC – Centers for Disease Control and Prevention, 2012

Na tabela 2 são apresentadas as definições de casos usadas, com destaque em negrito dos sinais, sintomas e características dos casos que foram combinados para identificação de casos suspeitos na análise do banco de dados do estudo.

A suspeita de doença diarréica aguda - DDA foi definida apenas pelo registro de diarréia, pois não havia previsão no instrumento da pesquisa de detalhamento quanto ao número de evacuações e características das fezes (presença de muco ou sangue), assim como não foi identificado na revisão dos formulários de atendimentos registro dessas informações, o que inviabilizaria a análise mais detalhada dos casos com sintoma de diarréia.

5.5.2. Descrição da composição das equipes de saúde, normas e fluxos dos PPS/INFRAERO

Foram entrevistados os responsáveis técnicos dos seis PPS visitados, com aplicação do instrumento I. Para preservar a identidade dos participantes, de acordo com o compromisso assumido no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, nessa parte da pesquisa os aeroportos não foram identificados pelos nomes e sim por letras de A a F. Na discussão dos resultados, evitou-se relacionar as respostas com as características dos respectivos aeroportos.

Os dados coletados foram sistematizados e descritos em tabelas, buscando-se caracterizar os perfis de organização e capacidade de resposta dos PPS a eventos de interesse da vigilância.

6. ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (CEP/ENSP), tendo sido aprovado pelo Parecer nº 311/11, em 31/01/2012 (ANEXO V). Os dados referentes aos

atendimentos clínicos e notificações de doenças e agravos à ANVISA foram coletados sem informações de nome e endereço, impossibilitando a identificação dos sujeitos da pesquisa. Com relação aos coordenadores de PPS, ainda que sejam poucos, o conteúdo do questionário aplicado é destinado a mapear a organização e a estrutura dos serviços, não tendo informações pessoais destinadas à divulgação pública, além dos aeroportos terem sido referidos por meio de códigos (letras do alfabeto). Portanto, garante-se o sigilo e a confidencialidade dos dados e a não utilização das informações de modo a permitir a identificação dos sujeitos envolvidos. Os dados obtidos serão divulgados de forma agregada, visando contribuir para o aperfeiçoamento da capacidade de resposta das unidades envolvidas e da vigilância em saúde pública nos pontos de entrada.

7. RESULTADOS

7.1 Resultados do instrumento II

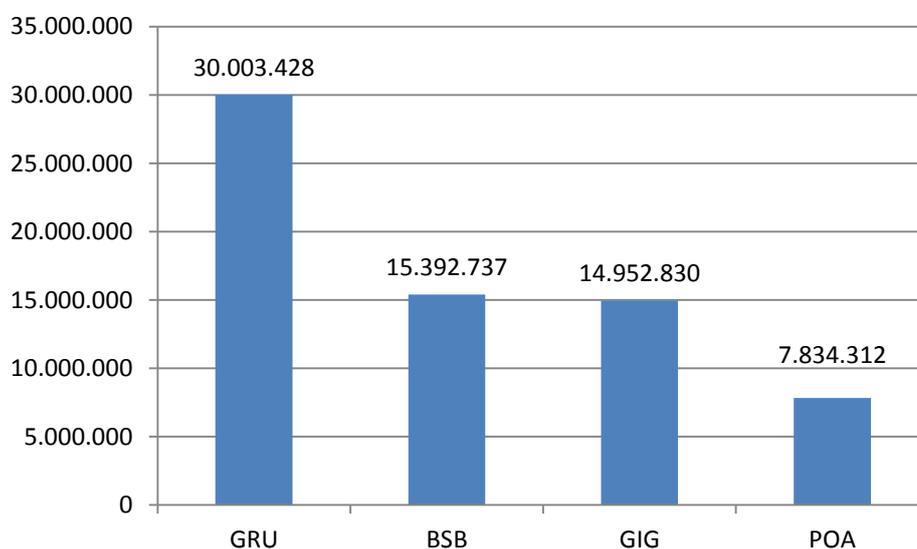
Foram coletados dados dos formulários de atendimento relativos ao ano de 2011 em quatro dos seis aeroportos previstos - Guarulhos, Brasília, Galeão e Porto Alegre. Nos demais aeroportos, não foi possível o acesso aos referidos formulários pelos seguintes motivos: em Manaus, os formulários foram enviados à matriz da empresa terceirizada para atendimentos de saúde naquele aeroporto, não sendo possível acessá-los no período de pesquisa; e em Salvador, até o ano de 2011 os atendimentos do PPS ficavam a cargo de unidade composta por profissionais da Secretaria Municipal de Saúde - SMS e, após a terceirização, os formulários dos atendimentos relativos aos anos anteriores não permaneceram em posse da INFRAERO, não tendo sido possível identificar o setor da SMS responsável pela guarda dos documentos. Os registros desses aeroportos foram considerados perdidos, não sendo possível caracterizar os atendimentos

específicos desses aeroportos, ainda que as perdas não tenham repercutido na perda de precisão das estimativas para o conjunto da amostra.

O banco de dados final foi composto por um total de 5.321 registros, relativos aos quatro aeroportos com dados disponíveis. As figuras 2 e 3 apresentam, respectivamente, o fluxo de passageiros no ano de 2011 nos seis aeroportos participantes do estudo e o fluxo de atendimento dos respectivos PPS no mesmo ano.

De forma geral, o fluxo de passageiros reflete a frequência de atendimentos dos PPS. O aeroporto do Galeão apresentou variação nesse comportamento, com frequência maior de atendimentos em comparação ao PPS de Brasília, que apresentou maior fluxo de passageiros. Por outro lado, Salvador, que apresentou maior fluxo de passageiros, apresentou menor frequência de atendimento em comparação ao PPS de Porto Alegre.

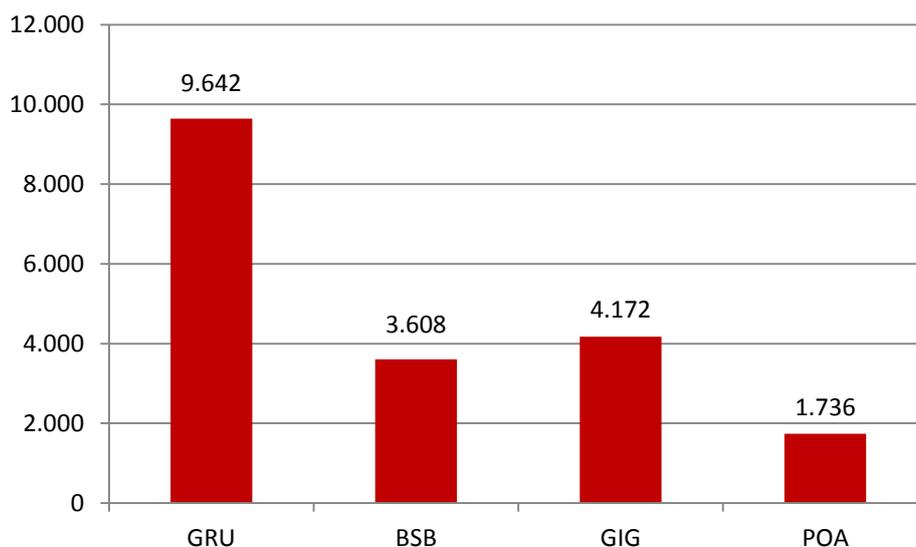
Figura 2: Fluxo de passageiros segundo aeroportos do estudo, Ano 2011



Fonte: INFRAERO, 2012

Nota: GRU=Guarulhos-SP, BSB=Brasília-DF, GIG=Galeão-RJ, POA=Porto Alegre-RS.

Figura 3: Frequência de atendimentos nos PPS dos aeroportos do estudo, Ano 2011

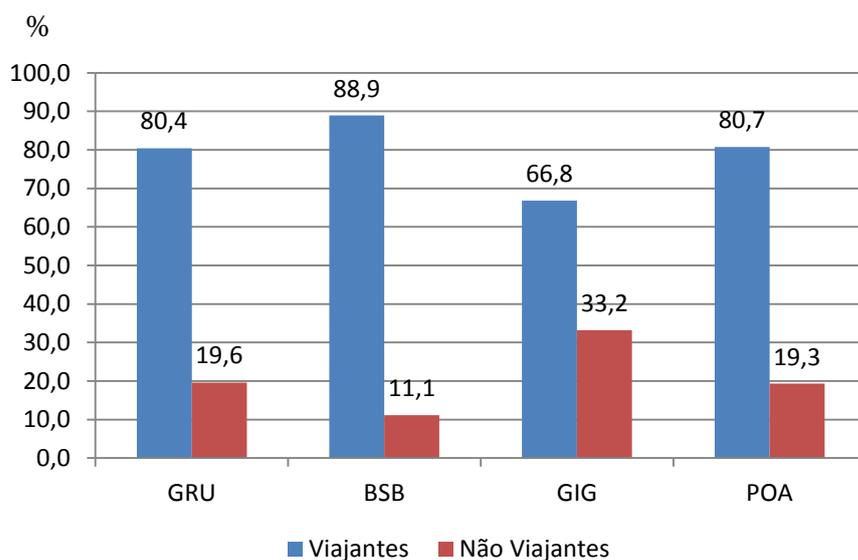


Fonte: INFRAERO, 2012

Nota: GRU=Guarulhos-SP, BSB=Brasília-DF, GIG=Galeão-RJ, POA=Porto Alegre-RS.

A análise dos atendimentos segundo as categorias de viajante e não viajante evidencia que a grande maioria dos atendimentos, em todos os aeroportos, é de viajantes, sejam eles passageiros ou tripulantes (Figura 4). Entretanto, verifica-se que no Aeroporto do Galeão, a proporção de não viajantes atinge um terço dos atendimentos, enquanto em Brasília, essa proporção foi a menor, sendo um pouco superior a 10%.

Figura 4: Proporção de atendimentos segundo a condição de viajante e não viajante, Ano 2011.



Verifica-se, de forma geral, uma diferença no preenchimento das variáveis que se aplicam indistintamente a todos os pacientes (sexo, idade, motivo da presença no aeroporto, hipótese diagnóstica, acesso ao PPS e desfecho do atendimento) em relação àquelas que seriam particularmente necessárias em viajantes (país de residência, país de procedência, situação vacinal e registro de notificação à ANVISA ou a outros órgãos). Enquanto as primeiras apresentam elevada proporção de completude e relativa homogeneidade entre os aeroportos, as de relevância para viajantes têm pior preenchimento e alguma heterogeneidade entre os aeroportos (Tabela 3). No conjunto dos aeroportos, as variáveis que apresentaram pior completude foram país de procedência dos viajantes (30,9%), acesso ao PPS (23,2%) e situação vacinal (0,2%).

As variáveis sexo, idade e motivo da presença no aeroporto apresentaram boa completude, superior a 90% em todos os aeroportos (Tabela 3).

O desfecho do atendimento teve elevada proporção de completude em Guarulhos (99,8%), mas não superou 60% em Brasília, aeroporto com o pior preenchimento dessa variável.

A hipótese diagnóstica teve 69,0% de completude no conjunto dos aeroportos, sendo a maior completude dessa variável observada em Guarulhos (78,2%) e a menor, em Brasília (41,6%).

A variável país de residência teve completude muito distinta entre os aeroportos, sendo 16,7% e 7,4%, em Guarulhos e no Galeão, respectivamente, e próximas a 74% em Brasília e Porto Alegre. A mesma heterogeneidade na completude pode ser observada para a variável país de procedência, sendo Brasília o único aeroporto a apresentar completude elevada (62,1%), enquanto Galeão (6,1%) e, particularmente, Porto Alegre (4,4%) destacam-se pela baixa completude (Tabela 3).

Tabela 3: Completude (%) dos dados nos registros do PPS segundo aeroportos, Ano 2011.

VARIÁVEL	GUARULHOS (n=2.679)		BRASÍLIA (n=1.002)		GALEÃO (n=1.158)		PORTO ALEGRE (n=482)		TOTAL (N=5.321)	
	n	Prop (%)	n	Prop (%)	n	Prop (%)	n	Prop (%)	n	Prop (%)
Sexo	2.675	99,8	1.002	100,0	1.043	90,1	457	94,8	5.177	97,3
Idade	2.651	99,0	993	99,1	1.126	97,2	459	95,2	5.229	98,3
País de residência*	340	16,2	674	75,7	56	7,4	283	73,7	1.353	32,7
Motivo da presença no aeroporto	2.670	99,7	1.002	100,0	1.136	98,1	476	98,8	5.284	99,3
País de procedência*	662	31,5	553	62,1	46	6,1	17	4,4	1.278	30,9
Hipótese diagnóstica	2.094	78,2	417	41,6	889	76,8	274	56,8	3.674	69,0
Acesso ao PPS	485	18,1	220	22,0	374	32,3	154	32,0	1.233	23,2
Situação vacinal	-	-	3	0,3	1	0,1	5	1,0	9	0,2
Desfecho do atendimento	2.675	99,8	589	58,8	850	73,4	411	85,3	4.525	85,0

Nota: *Considerou-se para análise da completude de registro de país de procedência e de residência apenas os atendimentos a viajantes.

Situação vacinal foi a variável que apresentou a pior completude, variando de ausência de registro, em Guarulhos, a 0,3%, em Brasília. No conjunto dos aeroportos, verificou-se 0,2% de completude para essa variável. Não houve nenhum caso com comprovação vacinal, mas apenas o relato pelo paciente da sua situação vacinal, que foi registrado na ficha de atendimento pelo profissional do PPS. O aeroporto que mais registrou a situação vacinal referida pelo paciente foi o de Porto Alegre (5 casos). Do total de 9 atendimentos com registro de vacinação referida, 5 se referiam à antitetânica, dois à anti-gripal, um à antitetânica e à rotina de pré-natal, e outro apenas referiu estar com vacinação em dia.

As proporções de atendimentos no PPS segundo Capítulos da CID 10 por aeroporto e para o conjunto da amostra são apresentadas na tabela 4. Verifica-se que as seis principais causas de atendimento são praticamente as mesmas em todos os aeroportos, incluindo os sinais e sintomas mal definidos (Cap. XVIII), as causas externas (Cap. XIX), as doenças do aparelho circulatório (Cap. IX), as doenças infecciosas e parasitárias (Cap. I), as causas respiratórias (Cap. X) e os transtornos mentais e comportamentais (Cap. V). A única exceção foi verificada no aeroporto de Porto Alegre, no qual as doenças do aparelho circulatório encontram-se em sétimo lugar em ordem de frequência, dando lugar às doenças ouvido e apófise mastóide (Cap. VIII), posicionadas em sexto lugar.

Os diagnósticos relativos aos sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos (causas mal definidas), apresentaram a maior frequência no conjunto dos aeroportos (22,9%), respondendo por quase um quarto de todos os atendimentos realizados nos PPS. As causas externas foram a segunda causa de atendimentos mais frequente no conjunto dos aeroportos (14,2%), seguidas pelas doenças do aparelho

circulatório (12,2%), doenças infecciosas e parasitárias (10,8%), respiratórias (9,1%) e transtornos mentais e comportamentais (8,2%).

As causas mal definidas (Cap. XVIII) foram as mais frequentes nos aeroportos de Guarulhos (25,2%) e Brasília (26,1%). Nos aeroportos do Galeão e Porto Alegre, essas causas figuraram na segunda posição no que se refere à frequência de atendimentos, sendo superadas pelas causas externas (Cap. XIX) em ambos os aeroportos, respondendo por 18,9% e 20,8%, respectivamente.

As causas circulatórias têm posição relevante nos atendimentos dos PPS, figurando como segunda ou terceira causa em 3 dos 4 aeroportos estudados. Ressalta-se a posição de destaque das doenças infecciosas e parasitárias (DIP) e das doenças respiratórias em todos os aeroportos. As DIP situaram-se entre a segunda (Brasília) e a quinta (Galeão) posições em frequência de atendimentos, e as doenças respiratórias, entre a quarta (Galeão; Porto Alegre) e a quinta (Guarulhos: 8,6%; Brasília: 10,3%). As proporções de atendimento por DIP variaram de 13%, em Porto Alegre, a 8,9%, no Galeão, enquanto as proporções de atendimento por doenças respiratórias variaram entre os limites de 11,7%, em Porto Alegre, a 8,6%, em Guarulhos. Em ambos os grupos, encontram-se inúmeras doenças e agravos de interesse da vigilância dos pontos de entrada.

Os diagnósticos dos capítulos das neoplasias (Cap. II), das afecções do período perinatal (Cap. XVI) e das malformações congênitas (XVII) não apresentaram ocorrência em nenhum dos PPS. Apenas o PPS do Galeão apresentou caso classificado no Capítulo III, das doenças do sangue, dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários, enquanto o capítulo relacionado à gravidez, parto e puerpério (Cap. XV) só teve casos em Guarulhos.

Na tabela 5 foram também analisadas as frequências das hipóteses diagnósticas por capítulos da CID 10, apenas para os atendimentos a viajantes. Nela, os agravos do Cap. XVIII mantiveram-se em destaque, sendo as mais frequentes nos aeroportos de Guarulhos (26,9%), Brasília (26,5%) e Porto Alegre (20,3%). Houve um discreto aumento na proporção de atendimentos relativos ao Cap. I em relação aos resultados referentes aos atendimentos incluindo os não viajantes (Tabela 4), enquanto o Cap X teve uma discreta queda em Guarulhos (8,1%) e Brasília (9,9%), mantendo a mesma proporção no Galeão (9,0%) e aumentando discretamente em Porto Alegre (13,0%). No conjunto dos aeroportos, a proporção (9,2%) foi aproximadamente a mesma verificada para o universo dos atendimentos nos PPS.

Tabela 4: Proporção de atendimentos por Capítulos da CID 10 e respectivos IC_{95%} nos PPS de aeroportos em cidades sede da Copa do Mundo de 2014, ano 2011.

CAPÍTULO DE CID10	GUARULHOS			BRASÍLIA			GALEÃO			PORTO ALEGRE			TOTAL		
	n	Prop (%)	IC _{95%}	n	Prop (%)	IC _{95%}	n	Prop (%)	IC _{95%}	n	Prop (%)	IC _{95%}	N	Prop (%)	IC _{95%}
I	230	11,0	9,6-12,3	50	12,0	8,9-15,1	79	8,9	7-10,8	37	13,5	9,4-17,6	396	10,8	9,8-11,8
II	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
III	-	-	-	-	-	-	1	0,1	0,0-0,3	-	-	-	1	0,0	0,0-0,1
IV	29	1,4	0,9-1,9	9	2,2	0,8-3,6	21	2,4	1,4-3,4	4	1,5	0,0-2,9	63	1,7	1,3-2,1
V	162	7,7	6,6-8,9	43	10,3	7,4-13,2	75	8,4	6,6-10,3	22	8,0	4,8-11,3	302	8,2	7,3-9,1
VI	62	3,0	2,2-3,7	9	2,2	0,6-3,6	16	1,8	0,9-2,7	7	2,6	0,7-4,4	94	2,6	2,0-3,1
VII	15	0,7	0,4-1,1	2	0,5	0,0-1,1	26	2,9	1,8-4,0	1	0,4	0,0-1,1	44	1,2	0,8-1,6
VIII	49	2,3	1,7-3,0	15	3,6	1,8-5,4	33	3,7	2,5-5,0	16	5,8	3,0-8,6	113	3,1	2,5-3,6
IX	263	12,6	11,1-14,0	50	12,0	8,9-15,1	121	13,6	11,4-15,9	14	5,1	2,5-7,7	448	12,2	11,1-13,3
X	180	8,6	7,4-9,8	43	10,3	7,4-13,2	80	9,0	7,1-10,9	32	11,7	7,9-15,5	335	9,1	8,2-10,0
XI	100	4,8	3,9-5,7	7	1,7	0,4-2,9	30	3,4	2,2-4,6	7	2,6	0,7-4,4	144	3,9	3,3-4,5
XII	22	1,0	0,6-1,5	5	1,2	0,2-2,2	13	1,5	0,7-2,3	1	0,4	0,0-1,1	41	1,1	0,8-1,5
XIII	91	4,4	3,5-5,1	7	1,7	0,4-2,9	37	4,2	2,8-5,5	8	2,9	0,9-4,9	143	3,9	3,3-4,5
XIV	80	3,8	3,0-4,6	17	4,0	2,1-6,0	28	3,2	2,0-4,3	7	2,6	0,7-4,4	132	3,6	3,0-4,2
XV	7	0,3	0,1-0,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	0,2	0,0-0,3
XVI	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
XVII	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
XVIII	528	25,2	23,4-27,1	109	26,1	21,9-30,4	148	16,7	14,2-19,1	56	20,4	15,6-25,2	841	22,9	21,5-24,2
XIX	257	12,2	10,9-13,7	39	9,6	6,5-12,2	168	18,9	16,3-21,5	57	20,8	16,0-25,6	521	14,2	13,0-15,3
XX	12	0,6	0,2-0,9	9	2,2	0,8-3,6	7	0,8	0,2-1,4	5	1,8	0,2-3,4	33	0,9	0,6-1,2
XXI	7	0,3	0,1-0,6	3	0,7	0,0-1,5	6	0,7	0,1-1,2	-	-	-	16	0,4	0,2-0,6

Nota: Cap I: Doenças Infecciosas e Parasitárias; Cap II: Neoplasias (tumores); Cap III: Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários; Cap IV: Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas; Cap V: Transtornos mentais e comportamentais; Cap VI: Doenças do sistema nervoso; Cap VII: Doenças do olho e anexos; Cap VIII: Doenças do ouvido e da apófise mastoide; Cap IX: Doenças do aparelho circulatório; Cap X: Doenças do aparelho respiratório; Cap XI: Doenças do aparelho digestivo; Cap XII: Doenças da pele e do tecido subcutâneo; Cap XIII: Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo; AP XIV: Doenças do aparelho geniturinário; Cap XV: Gravidez, parto e puerpério; Cap XVI: Algumas afecções originadas no período perinatal; Cap XVII: Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas; Cap XVIII: Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte; Cap XIX: Lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas; Cap XX: Causas externas de morbidade e de mortalidade; Cap XXI: Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde

Tabela 5: Proporção de atendimentos de viajantes por Capítulos da CID 10 e respectivos IC_{95%} nos PPS de aeroportos em cidades sede da Copa do Mundo de 2014, ano 2011.

CAPÍTULO DE CID10	GUARULHOS			BRASÍLIA			GALEÃO			PORTO ALEGRE			TOTAL		
	n	Prop (%)	IC _{95%}	n	Prop (%)	IC _{95%}	n	Prop (%)	IC _{95%}	n	Prop (%)	IC _{95%}	N	Prop (%)	IC _{95%}
I	197	12,0	10,4-1,6	49	13,1	9,6-16,5	61	10,7	8,2-13,3	31	15,0	10,0-19,9	338	12,1	10,9-13,3
II	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
III	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
IV	15	0,9	0,4-1,4	6	1,6	0,3-2,9	15	2,6	1,3-4,0	4	1,9	0,0-3,8	40	1,4	1,0-1,9
V	136	8,3	7-9,6	36	9,6	6,6-12,6	48	8,4	6,1-10,7	18	8,7	4,8-12,6	238	8,5	7,5-9,6
VI	40	2,4	1,7-3,2	8	2,1	0,6-3,6	12	2,1	0,9-3,3	6	2,9	0,6-5,2	66	2,4	1,8-2,9
VII	13	0,8	0,4-1,2	2	0,5	0,0-1,3	16	2,8	1,4-4,2	-	-	-	31	1,1	0,7-1,5
VIII	42	2,6	1,8-3,3	14	3,7	1,8-5,7	29	5,1	3,3-6,9	14	6,8	3,3-10,2	99	3,5	2,9-4,2
IX	202	12,3	10,7-13,9	44	11,8	8,5-15,0	72	12,7	9,9-15,4	8	3,9	1,2-6,5	326	11,7	10,5-12,9
X	141	8,1	7,2-10,0	37	9,9	6,8-12,9	51	9,0	6,6-11,5	28	13,5	8,8-18,2	257	9,2	8,1-10,3
XI	78	4,8	3,7-5,8	7	1,9	0,5-3,2	17	3,0	1,6-4,4	3	1,4	0,0-3,0	105	3,8	3,0-4,5
XII	20	1,2	0,7-1,7	5	1,3	0,2-2,5	9	1,6	0,5-2,6	1	0,5	0,0-1,4	35	1,3	0,8-1,7
XIII	61	3,7	2,8-4,6	5	1,3	0,2-2,5	13	2,3	1,0-3,5	5	2,4	0,3-4,5	84	3,0	2,4-3,6
XIV	56	3,4	2,5-4,3	16	4,3	2,2-6,3	15	2,6	1,3-4,0	7	3,4	0,9-5,9	94	3,4	2,7-4,0
XV	4	0,2	0,0-0,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	0,1	0,0-0,3
XVI	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
XVII	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
XVIII	441	26,9	24,8-29	99	26,5	22-31	93	16,4	13,3-19,4	42	20,3	14,8-25,8	675	24,2	22,6-25,8
XIX	180	11,0	9,5-12,5	34	9,1	6,2-12	107	18,8	15,6-22,0	37	17,9	12,6-23,1	358	12,8	11,6-14,1
XX	4	0,2	0,0-0,5	9	2,4	0,8-4,0	5	0,9	0,1-1,6	3	1,4	0,0-3,0	21	0,7	0,4-1,0
XXI	7	0,4	0,1-0,7	3	0,8	0,0-1,7	5	0,9	0,1-1,6	-	-	-	15	0,5	0,3-0,8

Nota: Cap I: Doenças Infecciosas e Parasitárias; Cap II: Neoplasias (tumores); Cap III: Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários; Cap IV: Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas; Cap V: Transtornos mentais e comportamentais; Cap VI: Doenças do sistema nervoso; Cap VII: Doenças do olho e anexos; Cap VIII: Doenças do ouvido e da apófise mastoide; Cap IX: Doenças do aparelho circulatório; Cap X: Doenças do aparelho respiratório; Cap XI: Doenças do aparelho digestivo; Cap XII: Doenças da pele e do tecido subcutâneo; Cap XIII: Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo; AP XIV: Doenças do aparelho geniturinário; Cap XV: Gravidez, parto e puerpério; Cap XVI: Algumas afecções originadas no período perinatal; Cap XVII: Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas; Cap XVIII: Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte; Cap XIX: Lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas; Cap XX: Causas externas de morbidade e de mortalidade; Cap XXI: Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde

Os atendimentos classificados nos Capítulos I e X, de particular interesse da vigilância, são detalhados nas tabelas 6 e 7, respectivamente. O diagnóstico mais frequente no Cap. I foi de gastroenterite aguda (87,9%), que somado à infecção intestinal, atinge 89,2%. Dengue foi o segundo mais frequente, correspondendo a apenas 3,5% dos casos. No Cap. X os diagnósticos com maiores frequências foram Infecções agudas das vias aéreas superiores de localizações múltiplas e não especificadas (27%) e amigdalite aguda (25%). Influenza por vírus não identificado representou 6% desses atendimentos.

Tabela 6: Hipóteses diagnósticas específicas dos atendimentos nos PPS relativas ao Capítulo I do CID10.

Hipótese diagnóstica	Freq	Prop(%)
Gastroenterite aguda	348	87,9
Dengue	14	3,5
Virose	7	1,8
Infecção intestinal	5	1,3
Varicela	5	1,3
Conjuntivite viral	4	1
Erisipela	2	0,5
Herpe simples	2	0,5
Malária	2	0,5
Infecções devidas a outras micobactérias	1	0,3
Bacteremia	1	0,3
Encefalite viral, não especificada	1	0,3
Herpes zoster	1	0,3
Verruga	1	0,3
HIV	1	0,3
Doença de chagas	1	0,3
TOTAL	396	100

Tabela 7: Hipóteses diagnósticas específicas dos atendimentos nos PPS relativas ao Capítulo X do CID10.

Hipótese diagnóstica	Freq	Prop(%)
Infecções agudas das vias aéreas superiores de localizações múltiplas e não especificadas	90	27
Amigdalite aguda	84	25
Sinusite aguda	29	8.7
Asma	23	6.9
Nasofaringite aguda [resfriado comum]	22	6.6
Influenza [gripe] devida a vírus não identificado	20	6
Faringite aguda	19	5.7
ronquite aguda	15	4.4
Pneumonia por microorganismo não especificada	10	3
Estado de mal asmático	5	1.5
Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	3	0.9
Rinite alérgica e vasomotora	2	0.6
Edema pulmonar, não especificado de outra forma	2	0.6
Pneumotórax	2	0.6
Insuficiência respiratória não classificada de outra parte	2	0.6
Derrame pleural não classificado em outra parte	1	0.3
Doenças das cordas vocais e da laringe não classificadas em outra parte	1	0.3
Enfisema	1	0.3
Infecções agudas não especificada das vias aéreas inferiores	1	0.3
Laringite e traqueíte agudas	1	0.3
Total	333	100

Verificou-se que em todos os aeroportos houve predomínio significativo de atendimentos no sexo feminino, o que se refletiu na análise do conjunto dos aeroportos (Tabela 8a).

As idades dos pacientes atendidos variaram de 0 a 100 anos. A análise segundo faixa etária evidenciou uma baixa frequência de atendimentos nos extremos de idade,

sobretudo em menores de 5 anos. Houve uma concentração de pacientes atendidos nas faixas etárias de 15 a 29 anos e, sobretudo, de 30 a 44 anos. Destaca-se que o padrão de distribuição etária dos atendimentos foi muito semelhante entre os aeroportos, exceto em Porto Alegre, onde se verificou maior frequência de atendimentos na faixa etária de 15 a 29 anos de idade, ainda que essa diferença não seja estatisticamente significativa (Tabela 8a).

Houve grande diversidade de países de residência dos indivíduos atendidos pelos PPS (51países), sendo essa maior no aeroporto de Guarulhos (49), seguido com grande diferença por Brasília (9), Porto Alegre (7) e Galeão (6). Frente a essa diversidade, os países foram agrupados em continentes para uma primeira análise (Tabelas 8a e 8b). Em seguida, os países de residência mais frequentes por continente foram detalhados na tabela 9. A América do Sul foi o continente de residência com maior frequência de atendimentos em todos os aeroportos, com proporções variando de 81,8% (Guarulhos) a 99,4% (Porto Alegre). Em seguida, com grande diferença, verificou-se a Europa, com frequência de atendimentos bastante distintas entre os aeroportos, com máximo de 8,5% em Guarulhos, passando por 3,3% e 0,8%, respectivamente no Galeão e em Brasília, até nenhum atendimento, em Porto Alegre. Só ocorreram atendimentos de pacientes residentes na África e na América Central no aeroporto de Guarulhos, que também se destaca pela relativa elevada frequência de pacientes residentes na Ásia.

Tabela 8a: Análise descritiva das características da demanda de atendimento nos PPS de aeroportos em cidades sede da Copa do Mundo de 2014. Brasil, 2011.

VARIÁVEL													TOTAL		
	GUARULHOS			BRASÍLIA			GALEÃO			PORTO ALEGRE			N	Prop (%)	IC _{95%}
	n	Prop (%)	IC _{95%}	n	Prop (%)	IC _{95%}	n	Prop (%)	IC _{95%}	n	Prop (%)	IC _{95%}			
SEXO															
Masculino	1.236	46,2	44,3-48,1	451	45,0	41,9-48,1	475	45,5	42,5-48,6	197	43,1	38,6-47,6	2.359	45,6	44,2-46,9
Feminino	1.439	53,8	51,9-55,7	551	55,0	51,9-58,1	568	54,5	51,4-57,5	260	56,9	52,4-61,4	2.818	54,4	53,0-55,8
FAIXA ETÁRIA															
<1	1	0,0	0,0-0,1	10	1,0	0,4-1,6	6	0,5	0,1-0,9	-	-	-	17	0,3	0,2-0,5
1 a 4	77	2,9	2,3-3,5	28	2,8	1,8-3,8	26	2,3	1,4-3,2	11	5,7	1,0-3,8	142	2,7	2,3-3,2
5 a 14	146	5,5	4,6-6,4	66	6,6	5,1-8,2	49	4,3	3,1-5,5	26	30,5	3,5-7,8	287	5,5	4,9-6,1
15 a 29	693	26,1	24,5-27,8	254	25,6	22,9-28,3	314	27,9	25,3-30,5	140	30,5	26,3-34,7	1401	26,8	25,6-28,0
30 a 44	809	30,5	28,8-32,3	289	29,1	26,3-31,9	338	30,0	27,3-32,7	129	28,1	24-32,2	1565	29,9	28,7-31,2
45 a 59	567	21,4	19,8-23,0	206	20,8	18,2-23,3	253	22,5	20,0-24,9	84	18,3	14,8-21,8	1110	21,2	20,1-22,3
? 60	358	13,5	12,2-14,8	140	14,1	11,9-16,3	140	12,4	10,5-14,4	69	15,0	11,8-18,3	707	13,5	12,6-14,5
CONTINENTE DE RESIDENCIA															
América do Sul	663	81,8	79,0-84,4	753	98,6	97,7-99,4	115	94,3	90,1-98,4	342	99,4	98,6-100,0	1.873	91,8	90,6-93,0
Europa	69	8,5	6,6-10,4	6	0,8	0,2-1,4	4	3,3	0,1-6,5	-	-	-	79	3,9	3,0-4,7
Asia	40	4,9	3,4-6,4	1	0,1	0,0-0,4	-	-	-	-	-	-	41	2,0	1,4-2,6
América do Norte	22	2,7	1,6-3,8	4	0,5	0,0-1	3	2,5	0,0-5,2	1	0,3	0,0-0,9	30	1,5	0,9-2,0
África	16	2,0	1,0-2,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16	0,8	0,4-1,2
América Central	1	0,1	0,0-0,4	-	-	-	-	-	-	1	0,3	0,0-0,9	2	0,1	0,0-0,2
CONTINENTE DE RESIDENCIA (apenas dos viajantes)															
América do Sul	196	57,6	52,4-62,9	663	98,4	97,4-99,3	49	87,5	78,6-96,4	281	99,3	98,3-100,0	1.189	87,9	86,1-89,6
Europa	68	20,0	15,7-24,3	6	0,9	0,2-1,6	4	7,1	0,2-14,1	-	-	-	78	5,8	4,5-7,0
Asia	39	11,5	8,1-14,9	1	0,2	0,1-0,4	-	-	-	-	-	-	40	3,0	2,0-3,8
América do Norte	21	6,2	3,6-8,7	4	0,6	0,0-1,2	3	5,4	0,0-11,4	1	0,3	0,0-1,0	29	2,1	1,4-2,9
África	15	4,4	2,2-6,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15	1,1	0,5-1,6
América Central	1	0,3	0,0-0,8	-	-	-	-	-	-	1	0,3	0,0-1,0	2	0,1	0,0-0,3

Tabela 8b: Análise descritiva das características da demanda de atendimento nos PPS de aeroportos em cidades sede da Copa do Mundo de 2014. Brasil, 2011. (Continuação da tabela 8)

VARIÁVEL	GUARULHOS			BRASÍLIA			GALEÃO			PORTO ALEGRE			TOTAL		
	n	Prop (%)	IC _{95%}	n	Prop (%)	IC _{95%}	n	Prop (%)	IC _{95%}	n	Prop (%)	IC _{95%}	N	Prop (%)	IC _{95%}
MOTIVO DE ESTAR NO AEROPORTO															
Passageiro	2012	75,4	73,7-77,0	860	85,8	83,7-88,0	733	64,5	61,7-67,3	366	75,9	73,1-80,7	3971	75,2	73,5-75,8
Trabalhador	481	18,0	16,6-19,5	79	7,9	6,2-9,6	335	29,5	26,8-32,1	79	16,6	13,2-20,0	974	18,4	17,3-19,3
Tripulante	90	3,4	2,7-4,0	31	3,1	2,0-4,2	26	2,3	1,4-3,2	18	3,8	2,1-5,5	165	3,1	2,6-3,6
Visitante	87	3,3	2,6-4,0	32	3,2	2,1-4,3	42	3,7	2,6-4,8	10	2,1	0,8-3,4	171	3,2	2,7-3,7
Outros	0	0,0	-	0	0,0	-	0	0,0	-	3	0,4	0,0-1,3	3	0,1	0,0-0,1
COMO ACESSOU O PPS															
Iniciativa própria	315	65,0	60,7-69,2	95	43,2	36,6-49,8	67	17,9	14,0-21,8	60	39,0	31,2-46,7	537	43,6	40,8-46,3
Acionamento pelo COE	75	15,5	12,2-18,7	95	43,2	36,6-49,8	182	48,7	43,6-53,8	89	57,8	49,9-65,7	441	35,8	33,1-38,4
Atendido em aeronave	72	14,8	11,7-18,0	12	5,5	2,4-8,5	70	18,7	14,7-22,7	1	0,6	0,0-1,9	155	12,6	10,7-14,4
Encaminhado por trabalhador	5	1,0	0,1-1,9	15	6,8	3,5-10,2	41	11,0	7,8-14,1	3	2,0	0,0-4,2	64	5,2	4,0-6,4
Encaminhado pela empresa empregadora	13	2,7	1,2-4,1	1	0,5	0,0-1,4	9	2,4	0,8-4,0	1	0,6	0,0-1,9	24	2,0	1,2-2,7
Encaminhado pela ANVISA	3	0,6	0,0-1,3	0	0,0	-	0	0,0	-	0	0,0	-	3	0,2	0,0-0,5
Encaminhado por tripulação	2	0,4	0,0-1,0	2	0,9	0,0-2,2	5	1,3	0,2-2,5	0	0,0	-	9	0,7	0,3-1,2
DESFECHO DOS ATENDIMENTOS															
Liberado	2412	90,2	89,0-91,3	405	68,8	6,5-72,5	685	80,6	77,9-83,2	320	77,9	73,8-81,9	3822	84,5	83,4-85,5
Orientado a procurar atendimento médico	91	3,4	2,7-4,1	115	19,5	16,3-22,7	103	12,1	9,9-14,3	71	17,3	13,6-20,9	380	8,4	7,6-9,2
Encaminhado a unidade hospitalar	151	5,6	4,8-6,6	53	9,0	6,7-11,3	37	4,4	3,0-5,7	17	4,1	2,2-6,1	258	5,7	5,0-6,4
Outros	19	0,7	0,4-1,0	15	2,5	1,3-3,8	23	2,7	1,6-3,8	3	0,7	0,0-1,6	60	1,3	1,0-1,7
Óbito no aeroporto	2	0,1	0,0-0,2	1	0,2	0,0-0,5	2	0,2	0,0-0,6	0	0,0	-	5	0,1	0,0-0,2

Na análise dos países de residência apenas dos atendimentos a viajantes o padrão de distribuição de frequências entre os continentes foi o mesmo, apesar da proporção de residentes na América do Sul ter diminuído substancialmente em Guarulhos (57,6%).

O motivo mais frequente da presença no aeroporto correspondeu à categoria passageiro, sendo este significativamente mais elevado no aeroporto de Brasília (85,8%), e significativamente menor no Galeão (64,5%). Por outro lado, os trabalhadores aeroportuários foram a segunda categoria mais frequente, com maior proporção no Galeão (29,5%) e menor em Brasília (7,9%) (Tabela 8b).

No conjunto dos aeroportos, a forma de acesso ao PPS mais frequente foi por iniciativa própria (43,6%). Apenas em Guarulhos houve encaminhamento pela ANVISA (3 ocorrências). Nesse aeroporto, a categoria mais frequente foi o acesso por iniciativa própria (65%). Nos aeroportos do Galeão e Porto Alegre, o acionamento pelo Centro de Operações Emergenciais – COE foi mais frequente, com proporções de 48,7% e 57,8%, respectivamente, enquanto em Brasília, as categorias iniciativa própria e acionamento pelo COE tiveram o mesmo percentual (43,2%) (Tabela 8b).

Quanto ao desfecho do atendimento, em todos os aeroportos, a liberação do paciente pelo PPS foi o mais frequente, variando de 90,2% (Guarulhos) a 77,9% (Porto Alegre). Porto Alegre foi o único aeroporto que não apresentou o desfecho óbito na amostra analisada. Brasília (9,0%) teve o maior percentual de pacientes encaminhados à unidade hospitalar, em comparação com os demais aeroportos.

Na América do Sul, continente com maior frequência de atendimentos, o país de residência mais informado foi o Brasil. Na América Central, o único país registrado foi a Guatemala (Tabela 9).

Na variável de procedência (considerada apenas para viajantes), a maior proporção foi do continente da América do Sul, em todos os aeroportos. Em Porto Alegre não houve registro de procedência de outros continentes.

Tabela 9: Países mais frequentes por continente de residência, Ano 2011.

PAISES POR CONTINENTE DE RESIDÊNCIA	n	Prop(%)	IC _{95%}
Europa			
Portugal	14	18,0	9,2-26,7
Itália	14	18,0	9,2-26,7
França	13	16,7	8,2-25,1
Demais	37	47,4	36,1-26,7
América do Sul			
Brasil	1041	87,1	85,2-89
Argentina	54	4,5	3,3-5,7
Paraguai/Uruguai	22	1,8	1,1-2,6
Demais	56	4,7	3,5-5,9
América do Norte			
EUA	27	90,0	78,6-100,0
México	2	6,7	0,0-16,1
Canada	1	3,3	0,0-10,1
América Central			
Guatemala	2	100,0	-
África			
Nigéria	5	33,3	6,3-60,4
Angola	5	33,3	6,3-60,4
Costa do Marfim/Guiné Bissau/Moçambique/Sudão/Uganda	1	6,7	0,0-21,0
Demais	-	-	-
Ásia			
China	7	17,5	5,2-29,8
Índia	7	17,5	5,2-29,8
Japão	6	15,0	3,4-26,6
Demais	20	50,0	33,8-66,2

Tabela 10: Países mais frequentes por continente de procedência, ano 2011.

PAISES POR CONTINENTE DE PROCEDÊNCIA	n	PROP(%)	IC _{95%}
Europa			
Portugal	34	27,6	19,6-35,7
Espanha	19	15,5	9,0-21,9
Itália	16	13,0	7,0-19,0
Demais	54	43,9	35-52,8
América do Sul			
Brasil	883	88,3	86,3-90,3
Argentina	37	3,7	2,5-4,9
Chile	19	1,9	1,0-2,8
Demais	61	6,1	4,6-7,6
América do Norte			
EUA	85	85,0	77,9-92,1
México	11	11,0	4,8-17,2
Canadá	4	4,0	0,1-7,9
América Central			
Barbados	1	9,1	0,0-29,3
Panamá	10	90,9	70,6-100,0
África			
África do Sul	8	47,1	20,6-73,5
Angola	6	35,3	10,0-60,6
Gana/Guine Bissau/Nigéria	1	5,9	0,0-18,4
Demais	-	-	-
Ásia			
Emirados Árabes	10	27,8	12,4-43,2
Turquia	9	25,0	10,1-39,9
Catar/China/Israel	4	11,1	0,3-21,9
Demais	5	13,9	2,0-25,6

Na tabela 10 são apresentados os principais países de procedência por continente. Da América do Sul a principal procedência foi do Brasil (88,3%), caracterizando pacientes de vôos domésticos, seguido pela Argentina (3,7%). Da América Central houve pacientes atendidos com procedência de Barbados (2) e Panamá (10). Da África, o país de procedência mais freqüente foi a África do Sul (47,1%), seguido por Angola (35,3%). Da América do Norte, foram os Estados Unidos (84,2%), e na Ásia os Emirados Árabes (27,8%).

Na tabela 11 está descrita a distribuição de hipóteses diagnósticas do Cap. I relativas aos atendimentos de viajantes. Gastroenterite permanece como a mais frequente com 89,6%, seguida de dengue (2,6%).

De forma geral, após estratificação dos atendimentos de viajantes para análise mais específica, percebemos que as proporções entre os diagnósticos foram semelhantes à análise anterior a essa estratificação. No entanto, também mostrado que a maior frequência dos diagnósticos do Cap. I é entre os viajantes.

Tabela 11: Hipóteses diagnósticas específicas dos atendimentos de viajantes nos PPS relativas ao Capítulo I do CID10

Hipótese diagnóstica	Freq	Prop(%)
Gastroenterite aguda	303	89,6
Dengue	9	2,6
Infecção intestinal	5	1,5
Varicela	5	1,5
Virose	4	1,2
Conjuntivite viral	3	0,9
Malária	2	0,6
Erisipela	1	0,3
Bacteremia	1	0,3
Herpe simples	1	0,3
Encefalite viral, não	1	0,3
Herpes zoster	1	0,3
HIV	1	0,3
Doença de chagas	1	0,3
TOTAL	338	100

Tabela 12: Hipóteses diagnósticas específicas dos atendimentos de viajantes nos PPS relativas ao Capítulo X do CID10

Hipótese diagnóstica	Freq	Prop(%)
Infecções agudas das vias aéreas superiores de	75	29,2
Amigdalite aguda	67	26,1
Sinusite aguda	23	8,9
Nasofaringite aguda [resfriado comum]	14	5,4
Influenza [gripe] devida a vírus não identificado	14	5,4
Asma	13	5,2
Bronquite aguda	10	3,9
Pneumonia por microorganismo não especificada	8	3,1
Estado de mal asmático	4	1,6
Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	3	1,2
Rinite alérgica e vasomotora	2	0,8
Insuficiência respiratória não classificada de outra parte	2	0,8
Infecções agudas não especificada das vias aéreas inferiores	1	0,4
Doenças das cordas vocais e da laringe não classificadas em outra parte	1	0,4
Enfisema	1	0,4
Edema pulmonar, não especificado de outra forma	1	0,4
Derrame pleural não classificado em outra parte	1	0,4
Pneumotórax	1	0,4
Laringite e traqueíte agudas	1	0,4
Total	255	100

A tabela 12 apresenta a distribuição de hipóteses diagnósticas do Cap. X nos atendimentos a viajantes. Em comparação a essa mesma análise realizada com todos os atendimentos e não só de viajantes, verifica-se que as 3 hipóteses diagnósticas

permanecem com as mesmas frequências: infecções de vias aéreas superiores de localizações múltiplas e não especificadas (29,2%), amigdalite aguda (26,1%) e sinusite aguda (8,9%). Influenza apresentou uma proporção de 5,4%.

A análise descritiva dos atendimentos cujas equipes dos PPS atribuíram como hipótese diagnóstica uma doença ou agravo de notificação compulsória segundo a Portaria MS n.104/2011 são apresentados na tabela 13. A variável *hipótese diagnóstica ser doença de notificação compulsória* ocorreu em apenas 0,4% do total da amostra (23 casos). Essa baixa frequência foi igualmente verificada em todos os aeroportos, variando de 1 (Porto Alegre) a 9 (Galeão). Quanto à notificação à ANVISA, Guarulhos e Brasília notificaram 1 e 2 casos suspeitos, respectivamente, enquanto que os demais aeroportos não apresentaram notificação de casos suspeitos à ANVISA.

Dentre os atendimentos diagnosticados como Doenças de Notificação Compulsória – DNC, não houve registro relacionado à situação vacinal.

Tabela 13a: Análise descritiva dos atendimentos com hipótese diagnóstica de doença ou agravo de notificação compulsória segundo a Portaria MS n.104/2011.

VARIÁVEL													TOTAL		
	GUARULHOS			BRASÍLIA			GALEÃO			PORTO ALEGRE			N	Prop (%)	IC _{95%}
	n	Prop (%)	IC _{95%}	n	Prop (%)	IC _{95%}	n	Prop (%)	IC _{95%}	n	Prop (%)	IC _{95%}			
Proporção de atendimentos com hipótese diagnóstica de DNC.															
Sim	10	0,4	0,1-0,6	3	0,3	0,0-0,6	9	0,8	0,3-1,3	1	0,2	0,0-0,6	23	0,4	0,3-0,6
Não	2.669	99,6	99,4-99,9	999	99,7	99,4-100	1.149	99,2	98,7-99,7	481	99,8	99,4-100	5.298	99,6	99,4-99,7
Proporção de casos suspeitos notificados à ANVISA															
Sim	1	10,0	-	1	33,3	-	-	-	-	-	-	-	2	8,7	-
Não	9	90,0	-	2	66,7	-	9	100,0	-	1	100,0	-	21	91,3	-
Motivo da presença no aeroporto															
Passageiro	8	80,0	-	3	100,0	-	4	44,4	-	1	100,0	-	16	69,6	-
Trabalhador aeroportuário	1	10,0	-	-	-	-	5	55,6	-	-	-	-	6	26,1	-
Visitante	1	10,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	4,3	-

Nota: *DNC = doenças de notificação compulsória

Tabela 13b: Análise descritiva dos atendimentos com hipótese diagnóstica de doença ou agravo de notificação compulsória segundo a Portaria MS n.104/2011. (Continuação da tabela 13)

VARIÁVEL													TOTAL				
	GUARULHOS			BRASÍLIA			GALEÃO			PORTO ALEGRE			N	Prop (%)	IC _{95%}		
	n	Prop (%)	IC _{95%}	n	Prop (%)	IC _{95%}	n	Prop (%)	IC _{95%}	n	Prop (%)	IC _{95%}					
País de procedência																	
Brasil	3	37,5	-	3	100,0	-	-	-	-	1	100,0	-	6	37,5	-		
Africa do Sul	1	12,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	6,2	-		
Gana	1	12,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	6,2	-		
Guine Bissau	1	12,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	6,2	-		
IGN	2	25,0	-	-	-	-	4	100,0	-	-	-	-	7	43,7	-		
Febre																	
Sim	6	60,0	-	2	66,7	-	6	66,7	-	-	-	-	14	60,9	-		
Sem registro	4	40,0	-	1	33,3	-	3	33,3	-	1	100,0	-	9	39,1	-		
Desfecho do atendimento																	
Liberado	4	40,0	-	1	33,3	-	1	11,1	-	1	100,0	-	7	30,4	-		
Orientado a procurar atendimento médico	4	40,0	-	2	66,7	-	3	33,3	-	-	-	-	9	39,1	-		
Encaminhado a unidade hospitalar	2	20,0	-	-	-	-	1	11,1	-	-	-	-	3	13,0	-		
IGN	-	-	-	-	-	-	4	44,4	-	-	-	-	4	17,4	-		

Nota: IGN = ignorado

A análise descritiva dos atendimentos com hipótese diagnóstica de doença de notificação compulsória (n=23) é apresentada na tabela 13. Mesmo entre os casos com hipótese diagnóstica de doença de notificação compulsória, o número de casos de notificação à ANVISA foi baixo (2). A maioria dos pacientes atendidos com essa suspeita foi de passageiros (16), seguidos de trabalhadores aeroportuários (6). Entre os casos com registro de procedência, a maioria era viajante de procedência nacional (6). Três dos 23 casos tinham registro de procedência do continente africano (Gana, Guiné Bissau e África do Sul). Em 14 desses casos, houve registro de febre.

O desfecho mais frequente nos atendimentos aos casos de suspeita de doença de notificação compulsória foi de orientação a procurar atendimento médico (9) e em segundo lugar, liberação (7).

A fim de investigar se os atendimentos analisados possuíam evidências clínicas registradas que pudessem enquadrá-los em alguma hipótese diagnóstica de interesse epidemiológico, independente da hipótese diagnóstica registrada, foi realizada análise aplicando aos casos critérios de suspeita de algumas doenças selecionadas.

Entre os países de residência e procedência registrados, dez (10) têm área afetada pela cólera. Não houve registro de nenhum caso com combinação de sinais e sintomas característicos de caso suspeito. No entanto, na análise para doença diarreica aguda, identificou-se que dos casos com referência de sintoma de diarreia 60,3% não registraram país de residência e 60,3% país de procedência.

Para dengue foi obtido um total de 7 casos que se enquadravam como suspeitos. A análise descritiva dos casos suspeitos de dengue é apresentada na tabela 14. Dos dois casos em passageiros, um era de vôo doméstico e o outro, não teve registro de procedência. Dois atendimentos foram de residentes no Brasil e o restante não teve registro de país de residência. A maior frequência entre esses casos foi de trabalhador

aeroportuário (4), seguido de passageiros (2). Mais da metade dos atendimentos (4) tiveram como desfecho a liberação do paciente, dois foram orientados a procurar atendimento médico.

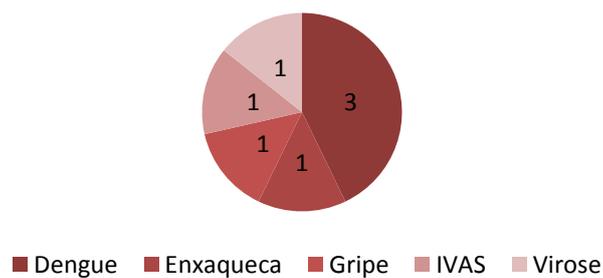
Tabela 14: Características dos casos suspeitos de dengue

VARIÁVEL	n
Procedência	
Brasil	1
Sem registro	1
Residência	
Brasil	2
Sem registro	5
Motivo da presença no aeroporto	
Trabalhador aeroportuário	4
Passageiro	2
Visitante	1
Desfecho	
Liberado	4
Orientado a procurar atendimento médico	2
Sem registro	1

Os 7 casos com sintomatologia compatível com dengue possuíam registro de hipótese diagnóstica, conforme demonstrado na figura 5.

Figura 5: Hipóteses diagnósticas registradas para os casos de sintomatologia compatível com dengue.

Hipóteses diagnósticas para sintomatologia compatível com dengue



Na combinação de sintomas para dengue, também foi considerada a possibilidade da arbovirose chikungunya, a qual está relacionada a passagem por área afetada pela doença. Como não houve dentre sintomas combinados, casos com residência em ou procedência de área afetada pela chikungunya, não foi considerada essa possibilidade diagnóstica.

Na análise para malária foi apresentado apenas um atendimento com a combinação de sintomas definida. O paciente foi atendido no PPS do Galeão como trabalhador aeroportuário, sem registro de país de residência, apesar de podermos deduzir que é residente no Brasil. Para o atendimento foram registradas três hipóteses diagnósticas: cefaléia, febre e dengue. Não houve registro de notificação à ANVISA ou a outro órgão, assim como da forma de acesso ao PPS e do desfecho do atendimento.

Para meningite, houve um atendimento com sinais e sintomas correspondentes. O caso foi em um passageiro, atendido em aeronave, no aeroporto do Galeão, com hipótese diagnóstica de meningite sugerida pelo PPS, sem registro de país de residência e de procedência, da situação vacinal e de notificação à ANVISA ou outro órgão ou unidade. O atendimento teve como desfecho encaminhamento do paciente à uma unidade hospitalar.

Não foi apresentado caso de atendimento com combinação de sinais e sintomas compatíveis com sarampo ou caso de atendimento em que foi considerada essa doença como hipótese diagnóstica.

Foram identificados 305 casos com sintomas compatíveis com suspeita de DDA. A maioria dos casos não apresentou registro de residência (60,3%) e procedência (60,3%). Nenhum caso apresentou registro de notificação à ANVISA ou a outras unidades, apesar de dois casos terem hipótese diagnóstica de doença de notificação

compulsória (dengue e malária). A maioria desses casos era de passageiros (83,6%) e 3,9% de tripulantes, sendo que 28,8% desses viajantes eram de vôos domésticos. Dos 305 casos, 33,8% residiam no Brasil e 76,1% foram liberados. O caso que teve desfecho identificado como “outro” teve orientação para não seguir viagem.

Dentre os casos suspeitos de DDA, 267 tiveram registro de hipótese diagnóstica. Dentre esses, as hipóteses tiveram variação entre 24 diagnósticos que, agrupados por Capítulos do CID10, tiveram a distribuição apresentada na tabela 16. Os diagnósticos mais frequentes foram gastroenterite aguda (216 registros), seguida de náusea e vômito (11 registros).

Tabela 15: Características dos casos suspeitos de DDA

Variável correlacionada	n	Prop(%)	IC _{95%}
Residência			
Sem registro	184	60,3	54,8-65,9
América do Sul	103	33,7	28,4-39,1
Europa	7	2,3	0,6-4,0
Asia	6	2,0	0,4-3,5
América do Norte	5	1,6	0,2-3,1
Procedência			
Sem registro	161	60,3	54,4-66,2
América do Sul	77	28,8	23,4-34,3
América do Norte	12	4,5	2,9-6,9
Europa	8	3,0	0,9-5,1
Asia	6	2,3	0,5-4,0
África	3	1,1	0,0-2,4
Notificação compulsória			
Sim	2	0,7	0,0-1,6
Não	303	99,3	98,4-100,0
Motivo da presença no			
Passageiro	255	83,6	79,4-87,8
Trabalhador aeroportuário	34	11,2	7,6-14,7
Tripulante	12	3,9	1,7-6,1
Visitante	2	0,7	0,0-1,6
Outro	1	0,3	0,0-1,0
Sem registro	1	0,3	0,0-1,0
Desfecho			
Liberado	232	76,1	71,2-80,9
Sem registro	57	18,7	14,3-23,1
Orientado a procurar	7	2,3	0,6-4,0
Encaminhado a unidade hospitalar	7	2,3	0,6-4,0
Outros	2	0,7	0,0-1,6

Tabela 16: Distribuição de frequência dos casos de diarreia segundo hipóteses diagnósticas atribuídas pelos PPS, agrupadas por capítulo de CID10

Hipóteses diagnósticas por capítulo do CID10	n
Doenças infecciosas e parasitárias	221
Sintomas e sinais anormais	22
Do aparelho digestivo	14
Transtornos mentais e comportamentais	3
Do aparelho respiratório	3
Endócrinas, nutricionais e metabólicas	2
Do ouvido e da apófise mastóide	1
Gravidez, parto e puerpério	1

Na tabela 17 estão descritas as características dos atendimentos com registro de febre, os quais somam um total de 247 casos. Novamente, a maioria dos casos não possui registro de residência e de procedência (62,6% e 58,2% respectivamente). Desses atendimentos, 81,4% foram de passageiros e apenas 14 tiveram registro de hipótese diagnóstica de doença de notificação compulsória. A maior parte (65,2%) teve como desfecho do atendimento a liberação do paciente.

Quanto à distribuição das hipóteses diagnósticas dos casos com registro de febre por capítulo de CID10, a maior frequência classificada no capítulo das doenças do aparelho respiratório (51%), seguido pelo dos sintomas, sinais e achados anormais (24,5%) e pelo das doenças infecciosas e parasitárias (15,1%).

Tabela 17: Características dos atendimentos com registro de febre

Variável correlacionada	n	Prop(%)	IC _{95%}
Residência			
Sem registro	132	62,6	56-69,1
Brasil	54	25,6	19,6-31,5
Demais	25	11,8	7,4-16,2
Procedência			
Sem registro	121	58,2	51,4-64,9
Brasil	67	32,2	25,8-38,1
Demais	20	9,6	5,6-13,6
Notificação compulsória			
Sim	14	5,7	2,8-8,6
Não	233	94,3	91,4-97,2
Motivo da presença no aeroporto			
Passageiro	201	81,4	76,5-86,3
Trabalhador aeroportuário	32	13,0	8,7-17,2
Tripulante	7	2,8	0,7-4,9
Visitante	4	1,6	0,0-3,2
Sem registro	3	1,2	0,0-2,6
Desfecho do atendimento			
Liberado	161	65,2	59,2-71,2
Sem registro	39	15,8	11,2-20,4
Orientado a procurar atendimento médico	31	12,5	8,4-16,7
Encaminhado a unidade hospitalar	13	5,3	2,4-8,1
Outros	3	1,2	0,0-2,6
Hipótese diagnóstica por capítulo da CID10			
X	98	39,7	33,5-45,8
XVIII	47	19,0	14,1-23,9
I	29	11,7	7,7-15,8
Demais	73	29,6	23,8-35,3

Foram registrados 5 óbitos na amostra total. Todos foram de passageiros, com faixa etária igual ou maior que 65 anos, variando de 65 a 76. Dois casos ocorreram em Guarulhos, um em Brasília e dois no Galeão.

Em dois óbitos houve registro de doença pré-existente, sendo um de neoplasia na cabeça e pâncreas e outro de doença pulmonar (não especificada). Apenas um dos casos residia no Brasil, dois não apresentaram registro de país de residência e os demais eram

da Argentina e Paraguai. Dos 5 casos, 4 tinham registro de país de procedência, sendo esses Alemanha, Estados Unidos, Catar, vôo doméstico e outro não referiu a procedência. Nenhum dos 5 casos tinha registro de notificação à ANVISA, mas 3 notificaram a outros órgãos: um notificou às autoridades competentes, outro à polícia civil e o terceiro, à polícia federal e autoridades presentes. Não houve registro de causa básica dos óbitos, tendo dois apenas o relato de sua ocorrência, um com registro de parada cardiorrespiratória e outros dois sem qualquer registro.

Tabela 18: Análise descritiva dos óbitos

VARIÁVEL	n
Doença pré-existente	
Sim	2
Sem registro	3
Residência	
Argentina	1
Brasil	1
Paraguai	1
Sem registro	2
Procedência	
Alemanha	1
Brasil	1
EUA	1
Catar	1
Sem registro	1
Notificação a outro órgão	
Sim	3
Não	2

7.2 Resultados das entrevistas

Todos os seis responsáveis técnicos de PPS entrevistados se disponibilizaram a colaborar com o estudo, respondendo ao questionário. Todos eram do sexo feminino, com idades variando entre 25 a 39 anos. O tempo de serviço na função de responsável

técnico do PPS variou de 3 meses a 10 anos e 11 meses. No entanto, metade dos entrevistados tinha menos de 1 ano na função. Não foi questionado se o profissional já atuava no PPS antes de assumir o cargo (Tabela 19).

Tabela 19: Características dos responsáveis técnicos entrevistados

AEROPORTO	FORMAÇÃO	IDADE (anos)	TEMPO NO CARGO
A	Enfermeiro	30	1ano5meses
B	Farmacêutico	25	5meses
C	Enfermeiro	25	2anos
D	Enfermeiro	39	3meses
E	Enfermeiro	36	5meses
F	Enfermeiro	36	10anos11meses

As seis equipes apresentaram composição formada por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e socorristas. Apenas a equipe A não tinha técnico de enfermagem, enquanto nas B e D constaram 12 profissionais dessa categoria, como apresentado na tabela 20. Somente a equipe do B não possuía socorrista. Em dois aeroportos, os socorristas também eram os motoristas da equipe. No aeroporto F, foi informado que, quando necessário, é acionado motorista do aeroporto via rádio. Apenas um aeroporto teve registro de farmacêutico, tendo este função administrativa. Não houve registro de auxiliar de enfermagem nos PPS visitados.

Tabela 20: Quantidade de profissionais que compõem as equipes de saúde dos PPS.

Profissionais	Aeroporto					
	A	B	C	D	E	F
Médico	7	14	7	29	6	6
Enfermeiro	6	7	1	9	1	5
Técnico em enfermagem	-	12	8	12	4	7
Auxiliar de enfermagem	-	-	-	-	-	-
Socorrista	5	-	4	15	4	-
Farmacêutico	-	1	-	-	-	-

Nota: a ausência de profissional foi representada por traço (-)

Quanto a carga horária semanal de trabalho (Tabela 21), todos os médicos fazem 24 horas de serviço por semana. Metade dos enfermeiros trabalha de 36 a 48 horas por semana, variando para ajuste de escala, e dois têm escala em que cumprem 40 horas semanais. Nos aeroportos C e E há apenas um enfermeiro na equipe. Os técnicos de enfermagem de quatro dos PPS e os socorristas trabalham de 36 a 48h por semana, em outro a carga é de 48 horas semanais, tendo uma semana de apenas 24 horas para ajuste de escala. O farmacêutico tem carga horária semanal de 40 horas.

Tabela 21: Carga horária semanal por profissional

Profissionais	Aeroporto					
	A	B	C	D	E	F
Médico	24h	24h	24h	24h	24h	24h
Enfermeiro	36-48h	24h	40h	36-48h	40h	36-48h
Técnico em enfermagem	-	48h	36-48h	36-48h	36-48h	36-48h
Socorrista	36-48h	-	36-48h	36-48h	-	-
Farmacêutico	-	40h	-	-	-	-

Na análise da carga horária como escala de trabalho (Tabela 21), em 4 PPS os médicos realizam plantões de 24 horas corridas por semana, enquanto em dois aeroportos eles fazem dois plantões de 12h por semana. Consta ainda que no aeroporto D o médico pode chegar a fazer um plantão de 24 horas com 15 dias de descanso para ajuste de escala. Ou seja, os médicos geralmente vão 1 ou 2 vezes ao PPS na semana. Quanto aos profissionais de enfermagem, a escala varia de acordo com a função. Nos aeroportos em que o enfermeiro da equipe é o responsável técnico, sua escala é de diarista, cumprindo as 40 horas semanais. Os PPS que têm enfermeiros assistenciais trabalham no regime de 12 horas de trabalho por 36 de descanso e, em um dos aeroportos 24h de trabalho por semana de descanso.

Tabela 22: Escala de trabalho semanal por categoria profissional

Profissionais	Aeroporto					
	A	B	C	D	E	F
Médico	2 x 12h	24h	24h	24h	24h	2 x 12h
Enfermeiro	3 ou 4 x 12h	24h	diarista	3 ou 4 x 12h	diarista	3 ou 4 x 12h
Técnico em enfermagem	-	1 ou 2 x 24h	3 ou 4 x 12h			
Socorrista	3 ou 4 x 12h	-	3 ou 4 x 12h	3 ou 4 x 12h	-	-
Farmacêutico	-	diarista	-	-	-	-

Em metade dos aeroportos os técnicos de enfermagem fazem 12 horas de trabalho por 36h de descanso, o que soma 36 a 48 horas de serviço por semana. No aeroporto B, esses profissionais fazem 24 horas de trabalho por 72h de descanso. No aeroporto D, a escala varia, podendo ser das 8 às 16 horas cinco vezes na semana por 1 dia de folga ou de plantões de 12 horas por 36h de descanso, também somando de 36 a 48 horas semanais. Os socorristas, quando presentes, fazem a mesma escala que os técnicos, e o farmacêutico é diarista.

Tabela 23: Análise descritiva das variáveis relacionadas a organização e capacitação para atuar frente a doenças infectocontagiosas

Variável	Sim	Não	Sem conhecimento
Verificação de situação epidemiológica de doenças transmissíveis:	2	4	-
Planos de ação e fluxos para emergências de saúde pública:	1	4	1
Protocolo/fluxo atualizado para identificação, notificação, manejo e controle de eventos de interesse a saúde pública:	2	4	-
Recebe treinamento ou capacitação sobre enfermidades infectocontagiosas:	1	5	-

Como apresentado na tabela 23, quatro das seis equipes referiram não ter rotina de verificação de situação epidemiológica das doenças transmissíveis. As duas equipes que

responderam sim fazem essa verificação através de sites. Uma referiu receber folders da ANVISA e atualização pelos colegas que também trabalham com medicina tropical. No entanto, não foi mencionada a frequência ou estabelecimento de fluxo permanente para esse repasse. No caso das atualizações pelos profissionais que atuam em medicina tropical, foi mencionado atualização quando ocorre evento epidemiológico como, por exemplo, uma pandemia.

Em apenas em 1 dos 6 aeroportos, o responsável técnico informou haver plano para emergência de saúde pública no PPS. Entretanto, a leitura na íntegra da entrevista realizada nesse aeroporto mostra que o profissional se referiu ao Plano de Emergência em Aeródromo - PLEM. O responsável técnico do aeroporto F referiu não ter conhecimento sobre a existência do plano. Quanto à existência de protocolo ou fluxo atualizado para ações a serem realizadas diante de evento de interesse a saúde pública, dois PPS responderam que não possuem, sendo que um deles referiu que é a ANVISA que faz a parte de notificação. Dos dois PPS que responderam sim, ambos referiram como fluxo a notificação à ANVISA e um mencionou ainda a opção de notificar diretamente ao Núcleo de Controle Epidemiológico da Secretaria Municipal de Saúde.

Apenas a equipe do aeroporto F recebe treinamento ou capacitação sobre enfermidades infectocontagiosas. Nesse caso, foi colocado que quando existem casos de epidemias ou pandemias, a equipe recebe cursos ministrados por unidade especializada. Entre os cinco aeroportos que deram resposta negativa para essa variável, o responsável técnico pelo aeroporto B mencionou ainda contar com a experiência de trabalho dos profissionais, e o do aeroporto E referiu estar sendo montado um treinamento para futuras capacitações.

Tabela 24: Análise descritiva das variáveis relacionadas a estrutura e a percepção profissional para atuar frente a doenças infectocontagiosas

Variável	Sim	Não
Tem área de isolamento na unidade:	1	5
Na percepção profissional, serviço está preparado para detectar de forma oportuna doença ou exposição adversa de interesse a saúde pública:	4	2
Há padronização de uso de EPI para contato com viajante suspeito de doença infecciosa:	4	2
Unidade recebe retroalimentação dos eventos notificados:	1	5

Nas análises apresentadas na tabela 24, vemos que cinco PPS não possuem área de isolamento. A equipe que referiu ter área de isolamento esclareceu que não se trata de uma área específica, mas quando é necessário, realiza o isolamento em uma das salas de observação do PPS. Duas das equipes desses PPS referiram que, quando necessário, fazem isolamento de contato no posto. Outra relatou que existe no respectivo aeroporto um plano que prevê área de isolamento para passageiros, mas não soube dizer se está pronta.

Dois terços dos responsáveis técnicos referiram perceber que a unidade que coordenam estava preparada para detectar de forma oportuna doença ou exposição adversa de interesse à saúde pública. Nas justificativas das respostas positivas, um responsável se referiu à notificação à ANVISA, outro à qualidade da equipe médica, que é composta por profissionais que atuam há muito tempo no PPS e têm experiência profissional para detectar casos suspeitos de doenças infectocontagiosas, e o representante de outro PPS destacou a atuação dos profissionais da equipe, que também

atuam em unidades de saúde pública. Em outro aeroporto a resposta positiva foi justificada com relato de coleta oportuna de dados para contato com comunicantes. O profissional do PPS C, que respondeu negativamente, justificou referindo a falta de estrutura física, de material e medicações adequados para esse tipo de atendimento. O outro esclareceu que depende do bom senso e da experiência fora do PPS dos profissionais.

Sobre a padronização de Equipamento de Proteção Individual - EPI para contato com viajante suspeito de doença infectocontagiosa, quatro equipes afirmaram ter essa padronização, referindo como divulgação o Procedimento Operacional Padrão - POP da empresa, protocolo da ANVISA e cartazes.

Sobre a realização de retroalimentação sobre os eventos notificados a outras áreas/órgãos, cinco equipes referiram não receber essa informação. Destes, um destacou a importância desse retorno para a equipe do PPS, e outro ponderou sobre as limitações do entrosamento com a ANVISA do aeroporto, afirmando que o mesmo não é efetivo. A equipe que afirmou receber retroalimentação dos casos referiu ter esse retorno do posto da ANVISA do aeroporto.

7.3. Análise dos modelos de formulários

Na análise das variáveis presentes para preenchimento nos formulários dos PPS (Anexo IX), verificou-se que todos possuem campos relativos às variáveis nome do paciente, idade, endereço, tipo de paciente (passageiro, tripulante, funcionário, visitante/transeunte) e identificação do voo (Tabela 25). No formulário do aeroporto de Salvador, os dados de idade, endereço e telefone ficam no verso, em parte reservada aos usuários isentos. Apenas os aeroportos de Guarulhos, Brasília e Manaus apresentaram variável sexo.

O aeroporto de Guarulhos apresentou dois formulários, um computadorizado que é impresso e arquivado após o atendimento, e outro já impresso. Os dois são semelhantes. No entanto, apenas no impresso consta variável sobre doença pré-existente, e apenas no computadorizado constam as variáveis procedência ou destino.

O Galeão foi o único outro aeroporto com campo para doença pré-existente. Todos possuem o campo hipótese diagnóstica, sendo que Manaus é o único onde há indicação para citação da CID 10. Todos têm itens de queixa e exame, sendo que no de Salvador, é colocado como “evolução”. Salvador e Manaus não possuem campo para descrição da conduta adotada no atendimento. O Galeão foi o único que não tem campo referente à medicação aplicada. Todos têm campo para registro de remoção. O Galeão tem campo para especificação da origem do paciente (terminal de passageiros ou da aeronave). Porto Alegre foi o único que apresentou campo para registro de contato na cidade. Guarulhos e Manaus têm campo referente ao destino do paciente após atendimento.

Tabela 25: Variáveis presentes nos formulários de atendimentos dos aeroportos da pesquisa

Variável	GRU (computadorizado)	GRU	BSB	GIG	POA	SSA	MAO
Nome	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
Idade	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
Endereço	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
Telefone	sim	sim	não	sim	não	sim	sim
Sexo	sim	não	sim	não	não	não	sim
Tipo de paciente	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
Vôo	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
Queixa	sim	sim	sim	sim	não	sim	sim
Exame	sim	sim	sim	sim	não	sim	sim
Hipótese diagnóstica	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
Conduta	sim	sim	sim	sim	sim	não	sim
Medicação	sim	sim	sim	não	sim	sim	sim
Registro de remoção	sim	não	sim	sim	sim	sim	sim
Destino do paciente	não	sim	não	não	não	não	sim

Brasília e Manaus têm campo de procedência ou origem, estado civil e raça/cor. Todos apresentaram local de registro para pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória e temperatura axilar. Galeão e Guarulhos apresentaram também para glicemia capilar.

8. DISCUSSÃO

As informações em saúde devem abranger aquelas relativas ao processo saúde/doença e as de caráter administrativo, sendo todas essenciais ao processo de tomada de decisão de um setor de saúde (BRANCO, 1996). Portanto, a disponibilidade de dados em saúde é condição fundamental para análise da situação de saúde para o planejamento das intervenções. Verificou-se a indisponibilidade dos formulários de atendimento nos PPS dos aeroportos de Salvador e Manaus relativos ao ano de 2011. Essa ausência de arquivo dos registros clínicos, apesar de ambos os aeroportos manterem alguma informação estatística dos atendimentos, indica uma falta de clareza dos objetivos dos registros como informação para subsidiar as ações de atenção e vigilância em saúde, bem como a ausência de uma padronização no arquivamento dessas informações.

As hipóteses diagnósticas mais frequentes foram as do capítulo de sinais e sintomas e achados clínicos anormais, considerados causas mal definidas, e as do capítulo de lesões. Isso evidencia que muitos dos atendimentos são gerados por causas externas (lesões), o que é esperado se considerarmos que a rotina aeroportuária envolve pessoas com pressa, manipulação de bagagens e profissionais que atuam na manutenção do aeroporto, entre outros.

A elevada proporção de causas mal definidas indica a baixa especificidade das suspeitas diagnósticas nas consultas realizadas pelos PPS. Considerando que o perfil dos serviços dos PPS é essencialmente de atendimento a emergências e que não há tempo hábil e infraestrutura para realização de diagnósticos específicos (exames, especialidades médicas etc.), esse resultado não surpreende e nem indica, necessariamente, uma falha na qualidade do atendimento. No entanto, do ponto de vista da vigilância em saúde, deve ser considerado que, tendo em vista a localização dos PPS em pontos de entrada, cujas demandas de atendimento provêm em grande parte de viajantes, a ausência de uma análise sistemática de quadros sindrômicos pode contribuir para uma baixa sensibilidade desses serviços para identificação de casos suspeitos de doenças de interesse da vigilância epidemiológica.

Deve-se também considerar que, na prática, os departamentos de emergência vêm apresentando o aumento exagerado de não urgências, chamadas causas comuns (SOUZA et al., 2009). Essa característica da demanda pode impactar diretamente na frequência das hipóteses diagnósticas consideradas, como, por exemplo, atendimento para tratar cefaleia, para verificar pressão arterial ou administrar clexane antes do voo.

Uma pesquisa realizada pela Med Aire - Aviation and Maritime Health nos atendimentos pré embarque (em 75 linhas aéreas) e a eventos de saúde iniciados durante os voos (em 48 linhas aéreas) entre 2009 e 2011, os diagnósticos mais frequentes nos atendimentos foram relacionados a ortopedia/traumatologia, seguidos por diagnósticos do trato gastrointestinal (MEDAIRE, 2012).

Em estudo realizado por Souza et al. (2009) em um departamento de emergência de um hospital em Santa Catarina (Brasil), as principais queixas foram agrupadas em sistemas orgânicos, sendo as relacionadas ao aparelho cardiorespiratório as principais causas de procura pelos serviços de emergência, sendo discutido que as doenças do

aparelho respiratório figuram entre os mais frequentes em vários outros estudos semelhantes.

Apesar de não serem os mais frequentes, os diagnósticos de doenças infecciosas e parasitárias têm presença significativa, variando de 8,9 a 13%, sendo 10,8% no total da amostra. Essas porcentagens foram elevadas em comparação a pesquisa do MedAire (2012), onde os atendimentos identificados por doenças infectocontagiosas foram de aproximadamente 5% dos atendimentos pré embarque e 3 a 5% nos atendimentos a eventos de saúde iniciados em vôos.

Um estudo realizado por Hill (2000) com 784 pacientes do International Traveler's Medical Service at the University of Connecticut Health Center mostrou que diarreia e sintomas do trato respiratório foram os mais comuns em viajantes, tanto durante a viagem como imediatamente após a mesma. Nesse estudo o autor conclui pela importância de divulgar orientações para a prevenção e o tratamento de doenças diarreicas e respiratórias em viagens.

As infecções respiratórias, como faringite, gripe e pneumonia, são comuns em viajantes. Entre os viajantes com infecções respiratórias, idade, sexo, duração e tipo de viagem podem ajudar a prever o tipo de infecção adquirida. A vacinação contra a gripe deve ser considerada para viajantes (LEDER et al., 2003).

A variável de motivo da presença no aeroporto apresentou uma boa completude, o que pode ser decorrência da importância dessa informação no contexto administrativo do serviço, uma vez que os custos pelo atendimento serão cobertos pela Tarifa de Embarque para o caso de passageiros considerados embarcados.

Situação vacinal, registro de notificação à ANVISA e a outros órgãos ou áreas tiveram as menores completudes, sendo que situação vacinal não teve registro em Guarulhos. De acordo com pesquisa realizada em 2008 no Ambulatório dos Viajantes

do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, por Lo (2008) nos atendimentos de 01 de dezembro de 2003 a 30 de junho de 2006, a maioria dos viajantes adultos não apresentava carteira de vacinação atualizada. A vacinação de viajantes não é apenas uma ação de proteção à saúde individual, mas também da saúde pública, pelo risco de importação e exportação de doenças endêmicas, emergentes e reemergentes (LO, 2008). Por isso, ter essa informação nos atendimentos poderia fornecer um importante dado sobre o perfil dos viajantes atendidos e possíveis hipóteses diagnósticas e medidas de controle de doenças.

Mesmo dentre os diagnósticos de doenças de notificação compulsória (23 atendimentos), houve poucos registros de notificação à ANVISA (2 atendimentos) ou a outros órgãos, o que contradiz a determinação da RDC 21, em seu artigo 10: *“Em caso de suspeita ou evidência de evento de saúde pública nas áreas de infra-estrutura portuária, aeroportuária, passagens de fronteira e recintos alfandegados é obrigatória à comunicação imediata à autoridade sanitária...”* (ANVISA, 2008). Em um atendimento com sintomatologia compatível com suspeita de malária, onde uma das hipóteses diagnósticas foi de dengue, não houve registro de notificação à ANVISA, assim como no caso com sintomatologia compatível com meningite e hipótese diagnóstica da mesma doença. Esse dado aponta que além da unidade de atendimento ter que possuir sensibilidade para diagnóstico de doenças infecciosas, também é importante conhecer e cumprir fluxos de notificações às autoridades em saúde, integrando a unidade à vigilância epidemiológica.

Nos 5 óbitos registrados na amostra, 3 registraram notificação a outros órgãos. Apesar de não ser mencionado a ANVISA nesses casos, considera-se a possibilidade dessa estar incluída nos termos registrados de “autoridades competentes” e “autoridades presentes”.

Foram identificados 51 países registrados como de residência dos pacientes, principalmente em Guarulhos (49), o que pode ser relacionado com o fato deste aeroporto ter mais vôos internacionais que os demais. A maioria dos países de residência era da América do Sul, sendo o de maior frequência o próprio Brasil. Isso mostrou que a maioria dos atendimentos foi a pacientes brasileiros.

Quanto aos países de procedência dos viajantes, o comportamento foi semelhante ao de país de residência, sendo a maior proporção de procedência os países da América do Sul, e dentre estes o Brasil, com maior frequência (88,3%), mostrando que a maioria dos atendimentos a viajantes estava relacionada a vôos domésticos. Esse padrão foge ao apresentado pela MedAire, no qual 86% dos atendimentos de eventos iniciados em vôos eram em viagens internacionais. No entanto, essa diferença pode ser explicada pelo fato de o presente estudo não ter análise apenas de eventos iniciados durante os vôos. Entretanto, deve ser levado em consideração que grandes eventos de massa estão por vir no Brasil, sendo esperado um grande aumento no fluxo internacional de passageiros, situação que certamente terá impacto no perfil dos atendimentos em PPS nos aeroportos brasileiros.

Em todos os aeroportos, a maior frequência de pacientes era de passageiros, seguida de trabalhador aeroportuário, indicando que o PPS tem uma clientela significativa de pessoas em trânsito e, portanto, com maiores chances de exposições diversificadas.

Nos diagnósticos classificados no capítulo das doenças infecciosas e parasitárias (Cap.I), a patologia mais frequente foi de gastroenterite aguda, com 87,9%. O agravo a saúde mais frequente nos viajantes é a diarreia do viajante (DV), sobretudo se viajam de zonas mais desenvolvidas para outras menos desenvolvidas (ALEIXO, 2003). É uma síndrome geralmente autolimitada em que há diarreia frequentemente associada a outros

sintomas. Raramente constitui um risco para a vida, mas a morbidade que determina é acentuada.

A suspeita de cólera ou chinkungunya está diretamente relacionada à passagem por área afetada, uma vez que não há registro de circulação dos patógenos causadores dessas doenças no Brasil, neste momento. Apesar de não ter sido identificado nenhum atendimento que se enquadrasse nas definições de casos suspeitos para essas patologias, não é possível afirmar que não houve caso compatível com suspeita de cólera ou chinkungunya, devido à elevada incompletude dos registros de país de procedência e residência entre os viajantes atendidos.

O segundo diagnóstico mais frequente foi dengue, com 3,5% dos casos. Foram identificados na amostra 7 casos que se enquadravam como suspeitos para dengue. A suscetibilidade ao vírus da dengue é universal. No Brasil, tem sido observado um padrão sazonal de incidência coincidente com o verão, devido à maior ocorrência de chuvas e ao aumento da temperatura nessa estação (Brasil, 2009). É mais comum nos núcleos urbanos, onde é maior a quantidade de criadouros naturais ou resultantes da ação do ser humano. Entretanto, a doença pode ocorrer em qualquer localidade, desde que exista população humana suscetível, presença do vetor e o vírus seja introduzido.

Apesar de relatos de casos de dengue importados serem relativamente freqüentes, eles não permitem uma estimativa do risco dessa doença para os viajantes. Com base nos dados obtidos a partir dos inquéritos incluídos no estudo realizado por Jelinek (2000), a infecção com o vírus da dengue parece ser uma ameaça para os viajantes com destino ao Sudeste Asiático e, menos freqüentemente, a outras áreas endêmicas. Os sintomas mais característicos da dengue são febre, mialgia, artralgia e exantema, no entanto a ausência de sintomatologia clássica não exclui a infecção. Desta forma, a infecção pelo vírus da dengue deve ser considerada como um diagnóstico para todos os

pacientes que apresentam sintomas compatíveis com infecção viral sistêmica e que residem ou que tenham viajado recentemente para regiões onde a doença é endêmica (JELINEK, 2000).

Do total da amostra, 247 atendimentos tiveram registro de febre. Na pesquisa da MedAire, tanto nos atendimentos pré-embarque como naqueles a eventos iniciados no voo, dentre os diagnósticos de doenças infecciosas a maior frequência foi de febre aguda (MEDAIRE, 2012).

A avaliação da febre nos viajantes é difícil, pois os riscos a saúde variam entre as regiões geográficas visitadas, os viajantes costumam visitar várias áreas, e os períodos de incubação de infecções relacionadas a viajantes podem variar de alguns dias a 11 anos. Embora os viajantes possam ter infecções causadas por patógenos comuns, distribuídos globalmente, como a gripe, eles podem adquirir infecções incomuns que são desconhecidas para a maioria dos médicos. Por isso, o conhecimento dos riscos à saúde relacionados à área geográfica visitada é crítico para a avaliação do viajante. A febre é um sintoma comum em viajantes que adoecem e frequentemente leva à hospitalização (WILSON et al., 2007).

Associando o número de médicos e suas cargas horárias em dois dos aeroportos do estudo, podemos perceber que apenas nos aeroportos B e D os plantões ficam cobertos por mais de um médico, enquanto nos demais, há apenas um médico por plantão. Segundo determinado pela Resolução n. 234, de 30/05/2012, da ANAC (ANAC, 2012) que estabelece critérios regulatórios quanto ao Sistema de Resposta à Emergência Aeroportuária em aeródromos civis, o operador de aeródromo deve garantir que haja pelo menos um médico responsável pelo posto de atendimento pré-hospitalar, e que o mesmo seja responsável pela coordenação das ações estabelecidas para o Serviço Médico de Emergência no PLEM.

O aeroporto F não possui motorista para ambulância, sendo acionado via rádio um do aeroporto quando necessária a remoção de paciente. Essa realidade aponta para a possível ocorrência de transtornos nos atendimentos. Conforme determinação da ANAC, a operação das ambulâncias deve ser efetuada por pessoal capacitado, em conformidade com normas nacionais de trânsito (ANAC, 2012). Porém, não é determinado quais profissionais deverão compor a equipe dos PPS, além de definir que deve haver pelo menos um médico responsável pelo atendimento no PPS.

Dois terços dos PPS não fazem verificação da situação epidemiológica de doenças transmissíveis, não possuem plano de ação e fluxos para emergências em saúde pública e não possuem protocolo/fluxo atualizado para identificação, notificação, manejo e controle de eventos de interesse a saúde pública. Nos outros dois aeroportos, um mantém contato com serviço especializado em doenças infecciosas e o outro mantém cartaz de DNC no posto e relata que em caso de ausência da ANVISA realiza contato com a vigilância epidemiológica municipal. Dos seis aeroportos, cinco afirmaram não ter área de isolamento para atendimento.

Na avaliação do CAPSCA, que tem como objetivo melhorar os planos de enfrentamento de Emergência de Saúde Pública de Interesse Internacional - ESPII no setor de aviação, o questionário aplicado aos aeroportos possui questões sobre Plano de Preparação para uma Pandemia, se tripulação, equipe médica e outros profissionais envolvidos nos atendimentos de eventos de saúde pública recebem treinamento para reconhecer os sintomas da influenza, dentre outros questionamentos relativos a capacidade de resposta do aeroporto diante de eventos de interesse à saúde pública, como se há procedimentos estabelecidos para se obter um diagnóstico oportuno de caso suspeito de doença de interesse e se há previsto área de isolamento, demonstrando a importância desses fatores para capacidade de resposta dos aeroportos.

Na análise dos modelos dos formulários de atendimento nos PPS, foi verificado que variáveis importantes como sexo e procedência não são padronizadas. Mesmo tendo variáveis de endereço, na maioria não havia item relativo ao país de residência, o que além de importante, seria mais nos casos dos pacientes estrangeiros. No caso de Porto Alegre, o formulário possui poucas variáveis, deixando mais a critério do profissional de saúde o conteúdo dos registros. Outras variáveis como tipo de paciente (passageiro, funcionário e outros) e dados de remoção, provavelmente pelo contexto administrativo do PPS e especificidade de custos, são padronizadas.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos dados analisados no levantamento dos formulários de atendimentos foi identificado que os registros de país de procedência dos viajantes apresentaram uma grande variação de completude. Muitas vezes o registro realizado foi do país de destino. Esse comportamento pode ser influenciado pelo atendimento de viajantes em conexão, pois geralmente as pessoas permanecem com o cartão do próximo voo, mas se desfazem do bilhete do voo já realizado. É possível que essa situação decorra também da falta de percepção dos profissionais de saúde para reconhecer a importância desse dado e, ainda mais, da sua influência para definição de alguns diagnósticos.

No caso da situação vacinal, é preocupante a evidente falta de importância nos registros, pois além de dado de grande relevância para saúde pública, é fator que pode influenciar nas suspeitas diagnósticas. Quanto às notificações, ainda é mais acentuada a falta de registro. Mesmo que a notificação tenha sido realizada, não encontrar registro dela nos formulários dos atendimentos não permite um acompanhamento da qualidade da ação do serviço.

É importante ressaltar que os PPS são unidades de caráter emergencial e repassar a estes serviços cobranças poderiam inviabilizar a rotina desses postos. No entanto, o melhor registro de determinadas informações, de forma prática, em formulários padronizados, não implicaria em prejuízo nos atendimentos. Principalmente ao considerar que os formulários são parcialmente padronizados nos aeroportos, e que já constam neles itens para preenchimento objetivo, tais como sexo, procedência, sintomas e hipótese diagnóstica. A realização de ajustes como separar registro de procedência com o destino, incluir item para confirmação de notificação à ANVISA ou a outra área e de situação vacinal, não causariam impacto significativo à rotina do PPS e fariam grande diferença para a qualidade dos históricos dos atendimentos, assim como para os encaminhamentos de casos suspeitos de doenças infecciosas.

É necessário ressaltar que o presente estudo analisou os atendimentos realizados no aeroporto, ou seja, não foram acessados os dados dos viajantes que iniciaram sintomas após passar do ponto de entrada ou ainda que optaram por procurarem outros serviços de saúde e não o PPS, o que pode ocorrer em um número expressivo de casos.

Na composição das equipes que atuam nos PPS, fica evidente o caráter emergencial do serviço. Em levantamento realizado pela ANAC em 2010 sobre os PPS foram questionados os treinamentos recebidos pela equipe como ressuscitação cardiopulmonar, controle de hemorragias, queimaduras, fraturas e entorses, dentre outros relacionados ao atendimento pré-hospitalar, não havendo referência a treinamento para manejo e controle de doenças infecciosas. Para uma melhor capacidade de resposta dos aeroportos a eventos de interesse à saúde pública, os PPS deveriam ter melhor definido o processo de atualização sobre doenças infecciosas, a fim de melhorar a sensibilidade para a suspeita de casos de DNC. Ressalta-se ainda que o atendimento a essa necessidade deve ocorrer com o apoio e participação da ANVISA

que atua diretamente na vigilância epidemiológica, e ao agir em conjunto com os PPS, pode contribuir para um melhor monitoramento desses pontos de entradas.

Para atender à necessidade de incrementar a sensibilidade dos PPS na identificação de casos suspeitos de doenças de interesse para a vigilância epidemiológica, uma possibilidade seria a ANVISA desenvolver junto às equipes dos PPS a proposta de abordagem sindrômica das doenças e agravos atendidos. Essa estratégia pode revestir-se ainda de maior importância, se for considerada a realização de grandes eventos de massa no país, o que aumentará a diversidade de clientela desses serviços, de pessoas que transitarão nos aeroportos e, conseqüentemente, das exposições a riscos à saúde a serem suspeitados nos atendimentos clínicos nesses aeroportos.

Conceitualmente, vigilância sindrômica é uma estratégia da vigilância epidemiológica que se baseia na detecção de um conjunto de manifestações clínicas comuns a um maior número de doenças, visando captar um maior número de casos, de forma oportuna, contribuindo para a adoção precoce e precisa de medidas de controle (Ministério da Saúde, 2004).

Esse estudo não teve como objetivo avaliar a capacidade clínica dos PPS participantes, porém no que diz respeito à capacidade dessas equipes de estarem envolvidas e preparadas para contribuir ativamente no monitoramento epidemiológico do respectivo ponto de entrada, é identificada a necessidade de investimentos. Nesse sentido, melhor definir o processo de atualização sobre doenças infecciosas para as equipes dos PPS; realizar a retroalimentação dos eventos de saúde pública; inserir esses profissionais na realização de capacitações ou treinamentos; intensificar a integração com a vigilância epidemiológica; além de padronizar os registros, são ações que podem

contribuir para o aperfeiçoamento e fortalecimento da vigilância em saúde nos aeroportos com fluxos internacionais de viajantes.

Considerando a diversidade da clientela, o reconhecido impacto do trânsito de pessoas ao risco de disseminação de doenças infectocontagiosas e a preocupação dos órgãos internacionais de aviação civil com as capacidades de respostas dos aeroportos a eventos de saúde pública, o papel do PPS na identificação oportuna, controle e encaminhamento dos casos suspeitos de doenças infecciosas é imprescindível para a vigilância epidemiológica nesses pontos de entrada.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ALEIXO, M. J. Diarreia do viajante. In: Dossier Medicina de Viagem. Revista Portuguesa de Clínica Geral, v 19, 2003. p. 253-9.

ALMEIDA N. f.; MEDRONHO, R.A. In: MEDRONHO R.A; Epidemiologia. 2ª Ed, Ed. Atheneu, São Paulo, 2009. P. 3-12.

ANAC, Agência Nacional de Aviação Civil. Hotran – horários de transporte. Disponível em: <<http://www2.anac.gov.br/hotran/>>. Acesso em 15 ago. 2011.

ANAC, Agência Nacional de Aviação Civil. Resolução nº 234, de 30 de maio de 2012. Estabelece critérios regulatórios quanto ao Sistema de Resposta à Emergência Aeroportuária (SREA) em aeródromos civis. Disponível em: <<http://www2.anac.gov.br/biblioteca/resolucao/2012/RA2012-0234.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2012.

ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada-RDC nº 02, de 8 de janeiro de 2003. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 jan. 2003. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2003/rdc/02_03rdc.pdf>. Acesso em: 2 nov. 2011.

ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria nº 355, de 11 de agosto de 2006. Aprova e promulga a estrutura organizacional interna complementar ao funcionamento da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA e dá outras providências. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/4b75f6004bf3b610a104f9bc0f9d5b29/Portaria+n%C2%BA+355+-+prt+1047+-+ulho+e+retif+da+938_atual.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 21 dez. 2012.

ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 21, de 28 de março de 2008. Dispõe sobre a orientação e controle sanitário de viajantes em portos, aeroportos, passagens de fronteiras e recintos alfandegados. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 març. 2008. Disponível em: <ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2008/iels.abril.08/iels64/URS-ANVS-RDC-21_280308.pdf>. Acessado em 02/11/2011>. Acesso em: 2 nov. 2012.

ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada-RDC nº 72, de 29 de dezembro de 2009. Dispõe sobre o regulamento técnico que visa a promoção da saúde nos portos de controle sanitário instalados em território nacional, e embarcações que por eles transitem. Disponível em: <<http://brasilsus.com.br/legislacoes/rdc/102304-72.html>>. Acesso em : 2 nov.2011.

ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria nº 1.201, de 18 de agosto de 2011. Institui Grupo de Trabalho no âmbito da ANVISA para organização das ações de vigilância sanitária relativos a Eventos em Massa. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/203f730048119cefb67cb670623c4ce6/Portaria_Eventos_em_Massa_modificada.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em : 12 jan. 2013.

BRANCO, M. A. F. Sistemas de informação em saúde no nível local. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 12(2): abr-jun, 1996, p. 267-270.

BRASIL, Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 27 jan. 1999. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/legis/consolidada/lei_9782_99.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2013.

BRASIL, Decreto de 14 de janeiro de 2010. Institui o Comitê Gestor para definir, aprovar e supervisionar as ações previstas no Plano Estratégico das Ações do Governo Brasileiro para a realização da Copa do Mundo FIFA 2014, e dá outras providências. Brasília, DF. Alterado em 26/07/2011 Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/Dnn/Dnn12391.htm> Acesso em: 12 jan. 2013.

BRASIL, Decreto nº 7.554, de 15 de agosto de 2011. Dispõe sobre a coordenação das atividades públicas nos aeroportos, institui a Comissão Nacional de Autoridades Aeroportuárias - CONAERO e as Autoridades Aeroportuárias. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7554.htm> Acesso em: 12 jan. 2013.

CAPSCA – Cooperative Arrangement for the Prevention and Management of Public Health Events in Civil Aviation. CAPSCA objectives. Disponível em: <www.capsca.org>. Acesso em : 3 nov. 2012.

CAPSCA – Cooperative Arrangement for the Prevention of Spread of Communicable Disease through Air Travel. Guidelines for Airport Evaluation. Disponível em: <<http://www.capsca.org/Documentation/GuidelinesforAirportEvaluationCAPSCA-EN.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2011.

Carta de São Paulo. Em defesa da saúde do viajante, 5 set 2008. Disponível em: <http://www.ANVISA.gov.br/divulga/noticias/2008/120908_CARTA_DE_SAO_PAULO_viajantes.pdf>. Acesso em: 27 de set. de 2011.

CDC – Centers for Disease Control and Prevention. Chikungunya fever, 2012. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/chikungunya/index.html>>. Acesso em: 19 nov. 2012.

CNS – Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Res196.doc>>. Acesso em: 18 nov. 2011.

COURA, J.R. Dinâmica das doenças infecciosas e parasitárias. Rio de Janeiro, ed. Guanabara Koogan, 2005.

FIDLER, D.P. The globalization of public health: the first 100 years of international health diplomacy. Bulletin of the World Health Organization, v. 79, 2001, p. 842-849.

FIFA – Federação Internacional de Futebol Associado. Copa do Munda da FIFA. Disponível em: <<http://pt.fifa.com/worldcup/index.html>>. Acesso em: 12 jan. 2013.

FRANKE, F.; COULON, L.; RENAUDAT, C.; EUILLOT, B.; KESSALIS, N.; MALFAIT, P. Epidemiologic surveillance system implemented in the Hautes-Alpes District, France, during the Winter Olympic Games, Torino 2006. EuroSurveill, v. 11, issue 12, 01 dec. 2006, artigo 671. Disponível em: <<http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=671>>. Acesso em: 19 ago. 2011.

GOLDBAUM, M. Epidemiologia e serviços de saúde. Caderno de Saúde Pública [online], v. 12, suppl. 2, 75d, 1996, p. 95-98. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1996000600010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 20 de abr. 2010.

HARDIMAN, M; WILDER-SMITH, A. The Revised International Health Regulations and Their Relevance to Travel Medicine. International Society of Travel Medicine, 1195-1982 Journal of Travel Medicine, v. 14, issue 3, 2007, p. 141–144.

HILL, D. R. Health Problems in a Large Cohort of Americans Traveling to Developing Countries. Journal of Travel Medicine, volume 7, n. 5, 2000; 7:259–266.

IGREJA R.P. Medicina de Viagem: uma nova área de atuação para o especialista em doenças infecciosas e parasitárias. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, v. 36 n° 4, Uberaba, jul/ago, 2003, p. 539-540.

INFRAERO, Empresa Brasileira de Infra-Estrutura Aeroportuária. Anuário estatístico operacional 2011. Disponível em: <http://www.infraero.gov.br/images/stories/Estatistica/anuario/anuario_2011_2.pdf>. Acesso em 01 nov. 2012.

INFRAERO, Empresa Brasileira de Infra-Estrutura Aeroportuária. Aeroportos. Disponível em: <<http://www.infraero.gov.br/index.php/br/aeroportos.html>>. Acesso em: 15 ago. 2011.

JELINEK, T. Dengue Fever in International Travelers. Clinical Infectious Diseases 2000;31, p.144–7.

LEDER, K.; SUNDARARAJAN, V.; WELD, L.; PANDEY, P.; BROWN, G.; TORRESI, J. Respiratory Tract Infections in Travelers: A Review of the GeoSentinel Surveillance Network. Clinical Infectious Diseases, 2003; 36:399–406.

LEMESHOW S, HOSMER D, KLAR J, LWANGA SK: Adequacy of Sample Size in Health Studies. Chichester, England: John Wiley & Sons; 1990.

LO, SC, Mascheretti, M, CHAVES, TSS. E LOPES, MH. Vacinação dos viajantes: experiência do Ambulatório dos Viajantes do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical v. 41, n° 5, set-out, 2008, p. 474-478.

MATOS V.; BARCELLOS C. Relações entre turismo e saúde: abordagens metodológicas e propostas de ação. Rev Panam Salud Publica. v. 28, nº 2, 2010, p.128–34.

MEDAIRE. Ground-based Medical Support (GBMS) for Airlines. Third CAPSCA Global Coordination and Fourth CAPSCA Americas Meeting, Santiago, Chile, 9 out 2012. Disponível em: <<http://www.capsca.org/GlobalAmericas2012.html>>. Acesso em: 11 nov. 2012.

Ministério da Saúde. Guia de vigilância epidemiológica. 7ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gve_7ed_web_atual.pdf>. Acesso em: 10 ago 2012.

Ministério da Saúde, Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Disponível em: <http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=5315>. Acesso em: 1 nov. 2011.

Ministério da Saúde. Portaria nº 1.066, de 10 de maio de 2011. Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, Grupo de Trabalho para preparação das ações de saúde para a Copa do Mundo FIFA 2014. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/108092-1066.html>>. Acesso em: 12 jan. 2013

Ministério da Saúde, Boletim eletrônico EPIDEMIOLÓGICO. Secretaria de Vigilância em Saúde - ANO 04 - Nº 04 - 27/05/2004.

Ministério do Turismo. Desembarques Internacionais. Disponível em: <http://www.dadosefatos.turismo.gov.br/dadosefatos/estatisticas_indicadores/desembarques_internacionais/>. Acesso em: 16 maio 2011.

Ministério do Turismo. Estatísticas básicas de turismo. Brasília, out 2010. Disponível em: <http://www.dadosefatos.turismo.gov.br/export/sites/default/dadosefatos/estatisticas_indicadores/downloads_estatisticas/Estatisticas_Basicas_do_Turismo_-_Brasil_2004_a_2009.pdf>. Acesso em 16 maio 2011.

Ministério do Turismo. Demanda turística internacional. Disponível em: <http://www.dadosefatos.turismo.gov.br/dadosefatos/demanda_turistica/internacional/>. Acesso em: 15 ago. 2011.

OMRAN A.R. The Epidemiologic Transition: a theory of the epidemiology of population change. Extracted from Milbank Memorial Fund Quarterly, v. 49, nº 4, 1971, p. 509-538.

OMS, Organização Mundial de Saúde. Mass gatherings: implications and opportunities for global health security. Weekly Epidemiological Record, nº 39, de 23 de setembro de 2011, p. 428-435.

OMS, Organização Mundial de Saúde. Regulamento Sanitário Internacional – RSI, 2ª edição, 2005. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241580410_eng.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2011.

PEDROSO, E. R.P; ROCHA, M. O. C. Infecções Emergentes e Reemergentes Rev Med Minas Gerais, v. 19, nº 2, 2009, p. 140-150.

SBIM, Associação Brasileira de Imunizações. Guia de vacinação do viajante brasileiro. Rio de Janeiro: SBIM, 2009. Disponível em: <http://sbim.org.br/guia_do_viajante_SBImSanofi.pdf#page=12>. Acesso em: 20 abr. 2010.

SILVA, R. F. Copa do Mundo de 2014: a política externa brasileira em perspectiva. Universidade de Brasília. Instituto de Relações Internacionais, 2010. Brasília, 2010. Disponível em: <http://bdm.bce.unb.br/bitstream/10483/1071/1/2010_RenataFreitasSilva.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2013.

SILVA, Vanina Heidy Matos. A saúde do viajante no contexto do turismo: análise e reflexões. Universidade Anhembi Morumbi. São Paulo, 2006.

South African Civil Aviation Authority Online, <http://www.caa.co.za/resource%20center/ASO/Av/med/CAPSCA/CAPSCA-/Kenya/AirportEvaluationForm.pdf>. Acessado em 18/11/2011.

SOUZA, B. C. ; FELIPPE, E. B. A. ; SILVA, R. M. Perfil da Demanda do Departamento de Emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição – Tubarão – SC. Arquivos Catarinenses de Medicina, vol 38, n. 2, 2009, p. 73-79.

TEIXEIRA C.F.; PAIM J.S.; VILASBÔAS A.L. **SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde**. IESUS, v. 7 (2), abr/jun, 1998, p. 7-28.

UNWTO – World Tourism Organization. El turismo internacional mantiene su pujanza a pesar de la incertidumbre económica. Comunicado de prensa. Madrid, 5 nov. 2012. Disponível em: <<http://www2.unwto.org/es/press-release/2012-11-08/el-turismo-internacional-mantiene-su-pujanza-pesar-de-la-incertidumbre-econ>>. Acesso em: 30 nov. 2012.

WALDMAN, E. A. O controle das doenças infecciosas emergentes e a segurança sanitária. Revista de Direito Sanitário, vol. I, nov. 2000, p. 89-106.

WHO – World Health Organization. [International travel and health](#). Specific infectious diseases involving potential health risks for travelers. Disponível em: <<http://www.who.int/ith/diseases/chikungunya/en/>>. Acesso em: 19 nov.2012.

WHO – World Health Organization. [International travel and health](#). Chapter 1, Disponível em: <<http://www.who.int/ith/chapters/en/index.html>>. Acesso em: 20 abr. 2010.

WILSON, M. E.; WELD, L. H.; BOGGILD, A.; KEYSTONE, J. S.; KAIN, K. C.; SONNENBURG, F.; SCHWARTZ, E. Fever in Returned Travelers: Results from the GeoSentinel Surveillance Network. *Clinical Infectious Diseases*, 2007; 44:000–000.

Tripulante Responsável
Crew member concerned

Declaro que todas as indicações e dados contidos nesta Declaração Geral e que qualquer dos formulários suplementares que devem acompanhá-la são, segundo o meu conhecimento, completos, exatos e verdadeiros, e que todos os passageiros os passageiros em trânsito prosseguirão/prosseguiram nesta viagem.

I declare that all statements and particulars contained in this General Declaration, and in any supplementary forms required to be presented with this General Declaration, are complete, exact and true to the best of my knowledge and that all through passengers will continue/have continued on the flight.

Agente autorizado ou Comandante da aeronave
Authorized Agent or Pilot-in-command

Declaro que todas as indicações e dados contidos nesta Declaração Geral e que qualquer dos formulários suplementares que devem acompanhá-la são, segundo o meu conhecimento, completos, exatos e verdadeiros, e que todos os passageiros os passageiros em trânsito prosseguirão/prosseguiram nesta viagem.

I declare that all statements and particulars contained in this General Declaration, and in any supplementary forms required to be presented with this General Declaration, are complete, exact and true to the best of my knowledge and that all through passengers will continue/have continued on the route.

Agente autorizado ou Motoristae
Authorized Agent or Driver

Anexo III



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA SAÚDE
 AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA



SOLICITAÇÃO DE CERTIFICADO

CVPAF/ _____ PP _____
 N°. _____

01	1. Tipo de Certificado		
	() Livre Prática (CLP)	() Controle Sanitário de Bordo (CCSB/CICSB)	() Nacional de Controle Sanitário de Bordo CNCSB/CNICSB

02	2. Identificação do responsável Direto ou Representante Legal da Embarcação		
	2.1 Nome:		
	2.2 CNPJ/CPF/N.º Passaporte:		2.3 N.º AFE/ANVISA:
	2.4 Endereço:		2.4.1 CEP:
	2.4.2 Bairro:		2.4.3 Município 2.4.4 UF:
	2.5 Telefone: ()		2.5.1 Fax: () 2.5.2 E-mail:

03	3. Cadastro da Embarcação		
	3.1 Nome:		3.2 Bandeira:
	3.3 N.º Identificação IMO:		3.4 Arqueação Líquida: 3.5 Arqueação Bruta:
	3.6 Finalidade da Embarcação:		
	3.7 Possui CCSB/CICSB válido? () SIM () NÃO Data e Porto de emissão:		
	3.10 Possui CNCSB/CNICSB válido? () SIM () NÃO Data e Porto de emissão:		
	3.11 Possui CLP válido? () SIM () NÃO Data e Porto de emissão:		

04	4. Informações sobre a viagem		
	4.1 Data de Chegada:		4.2 Hora Estimada da Chegada (E.T.A.):
	4.3 Data Estimada da Saída:		
	4.4 Porto de Destino:		4.4.1 País:
	4.5 N.º de Tripulantes:		4.6 N.º de Passageiros:
	4.7 Escalas, em ordem cronológica decrescente, dos últimos trinta dias, contendo nome do porto, país e data de partida:		
	4.8 Nome do Comandante:		4.8.1 Nacionalidade:
	4.9 Ocorrência de óbito a bordo? () SIM () NÃO		
	4.10 Houve sepultamento em alto mar? () SIM () NÃO		
	4.11 Ocorrência de doença a bordo? () SIM () NÃO		
	4.11.1 Com sinais de febre e ou hemorragia? () SIM () NÃO		
	4.11.2 Com sinais de icterícia? () SIM () NÃO		
	4.11.3 Com sinais de diarreia? () SIM () NÃO		
4.11.4 Com sinais de disfunções neurológicas? () SIM () NÃO			
4.11.5 Com sinais de tosse ou dificuldade respiratória? () SIM () NÃO			
4.12 Ocorrência de acidente a bordo? () SIM () NÃO			
4.12.1 Se sim, que especificar que tipo de acidente:			
4.13 Ocorrência de mortandade de roedores a bordo? () SIM () NÃO			

Anexo IV



DECLARAÇÃO MARÍTIMA DE SAÚDE MARITIME DECLARATION OF HEALTH

Para ser preenchida e entregue às autoridades pertinentes pelos comandantes das embarcações provenientes de portos estrangeiros.

To be completed and submitted to the competent authorities by the masters of ships arriving from foreign ports.

Entregue no porto de Submitted at the port of		Data Date	
Nome da embarcação marítima ou de navegação interior Name of ship or inland navigation vessel			
Registro/Nº IMO Registration/IMO N°		(Nacionalidade)(Bandeira da embarcação) (Nationality)(Flag of vessel)	
Comandante da embarcação Master's name			
Chegando de Arriving from		Indo para Sailing to	
Tonelagem bruta (embarcação marítima) Gross tonnage (ship)		Tonelagem (embarcação de navegação interior) Tonnage (inland navigation vessel)	
Certificado de Isenção de Controle/ Certificado de Controle Sanitário válido a bordo? Valid Sanitation Control Exemption/Control Certificate carried on board?		Sim/Yes <input type="checkbox"/>	Não/No <input type="checkbox"/>
Emitido em Issued at	Data Date	Exigência de reinspeção? Re-inspection required?	Sim/Yes <input type="checkbox"/>
A embarcação esteve numa área afetada identificada pela Organização Mundial da Saúde? Has ship/vessel visited an affected area identified by the World Health Organization?		Sim/Yes <input type="checkbox"/>	Não/No <input type="checkbox"/>
Porto e data da visita à área afetada Port and date of visit			
Lista de portos de escala a partir do início da viagem internacional ou nos últimos trinta dias, se este período for mais curto, com as datas de saída: List ports of call from commencement of voyage with dates of departure, or within past thirty days, whichever is shorter:			

Questões de saúde - Health questions

(1) Houve a bordo algum óbito que não tenha sido causado por acidente? Has any person died on board during the voyage otherwise than as a result of accident? *Se houve, coloque os detalhes na planilha anexa *If yes, state particulars in attached schedule	Número total de mortes Total no. of deaths	Sim/Yes* <input type="checkbox"/>	Não/No <input type="checkbox"/>
(2) Há a bordo, ou houve durante a viagem internacional algum caso de doença com suspeita de ser infecciosa? Is there on board or has there been during the international voyage any case of disease which you suspect to be of an infectious nature? *Se houve, coloque os detalhes na planilha anexa. *If yes, state particulars in attached schedule.		Sim/Yes* <input type="checkbox"/>	Não/No <input type="checkbox"/>
(3) O número total de passageiros doentes durante a viagem foi maior do que o normal/esperado? Has the total number of ill passengers during the voyage been greater than normal/expected? Quantos doentes? How many ill persons?		Sim/Yes <input type="checkbox"/>	Não/No <input type="checkbox"/>
(4) Há, no momento, alguma pessoa doente a bordo? Is there any ill person on board now? *Se sim, coloque os detalhes na planilha anexa. *If yes, state particulars in attached schedule.		Sim/Yes* <input type="checkbox"/>	Não/No <input type="checkbox"/>
(5) Um médico foi consultado? Was a medical practitioner consulted? *Se sim, coloque os detalhes do tratamento ou orientação médica recebida na planilha anexa. *If yes, state particulars of medical treatment or advice provided in attached schedule.		Sim/Yes* <input type="checkbox"/>	Não/No <input type="checkbox"/>
(6) Você tem conhecimento de alguma condição existente a bordo que possa levar a infecção ou disseminação de doenças? Are you aware of any condition on board which may lead to infection or spread of disease?		Sim/Yes* <input type="checkbox"/>	Não/No <input type="checkbox"/>

Anexos V



Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca Comitê de Ética em Pesquisa

Rio de Janeiro, 31 de janeiro de 2012.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca CEP/ENSP, constituído nos Termos da Resolução CNS nO 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo, discriminado:

PROTOCOLO DE PESQUISA CEPIENSP - N° 311/11 CAAE: 0328.0.031.000-11

Título do Projeto: "Avaliação da capacidade de resposta oportuna dos serviços de saúde dos aeroportos internacionais de cidades sedes selecionadas da copa do mundo de 2014 frente às doenças de notificação compulsória"

Classificação no Fluxograma: III

Será encaminhado à Conep (áreas temáticas especiais) e, portanto, deve aguardar a apreciação final desta para início da execução? Não

Pesquisadora Responsável: Noemi Melo Cabra

Orientadores: Andrey Moreira Cardoso e Mayumi Duarte Wakimoto

Instituição Proponente: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca ENSP/FIOCRUZ

Data de recebimento no CEP-ENSP: 22/11/2011

Data de apreciação: 19/12/2011

Parecer do CEP/ENSP: Aprovado.

Ressaltamos que a pesquisadora responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII.13.d., da resolução CNS/MS N° 196/96*) de acordo com o modelo disponível na página do CEP/ENSP na internet.

Esclarecemos, que o CEP/ENSP deverá ser informado de quaisquer fatos relevantes (incluindo mudanças de método) que alterem o curso normal do estudo, devendo a pesquisadora justificar caso o mesmo venha a ser interrompido.

Anexo VI



Autorização Para Pesquisa

À
Empresa Brasileira de Infra-Estrutura Aeroportuária– INFRAERO
Superintendência de Segurança Aeroportuária – DOSA

Prezados,

Solicito autorização da INFRAERO, como responsável pelos serviços médicos dos aeroportos internacionais no Brasil, para realizar estudo denominado “**Análise dos Serviços de Saúde de Aeroportos Internacionais de Cidades Sedes Selecionadas da Copa do Mundo de 2014**”. Trata-se de uma pesquisa de mestrado do curso de Mestrado Profissional em Epidemiologia Aplicada ao Serviço de Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), realizado em Brasília. Os orientadores são **Dr. Andrey Moreira Cardoso**, da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, e co-orientadora **Dra. Mayumi Duarte Wakimoto**, da Escola Politécnica Joaquim Venâncio/Fiocruz. O presente estudo pretende descrever a atuação dos serviços de saúde de aeroportos selecionados na vigilância de doenças transmissíveis de notificação compulsória, em cidades sede selecionadas da Copa do Mundo de 2014.

Esse estudo está sendo proposto pelo fato de que conhecer a atuação dos serviços médicos que atuam nos aeroportos, bem como a conduta dos profissionais lotados nesses pontos frente a agravos de importância epidemiológica, é importante para identificação de possíveis estratégias para o aprimoramento dos atendimentos e da vigilância em saúde nesses pontos de entradas do nosso país, visando a articulação interinstitucional nos aeroportos.

A coleta de dados será realizada através de entrevista com questionário aplicado pelo pesquisador ao profissional de saúde que coordena o serviço médico em cada aeroporto da pesquisa, mediante consentimento do referido profissional, e levantamento dos registros de atendimentos realizados nos últimos 12 meses precedentes ao início da pesquisa.

Todas as informações obtidas serão utilizadas somente para fins desta pesquisa e serão divulgadas por meio de dissertação de mestrado e publicações.

Essa autorização é imprescindível para a realização do estudo e para encaminhamento do projeto de pesquisa, já qualificado pela ENSP, ao Comitê de Ética em Pesquisa – ENSP.

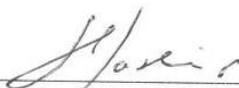
Estou à disposição para esclarecimentos adicionais que sejam considerados necessários para a autorização, através do endereço eletrônico e telefone abaixo.

Noemi Melo Cabral

Especialista em Regulação e Vigilância Sanitária
Gerência de Orientação e Controle Sanitário de Viajantes
em PAF - GCOVI/GGPAF
Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA
noemi.cabral@anvisa.gov.br
(61) 3462.5864

Eu, WASHINGTON SANTANA DA SILVA tendo lido as informações acima e estando suficientemente esclarecido (a), autorizo a realização da pesquisa.

Local e data: BRASÍLIA, 03/11/2011


Assinatura e carimbo

Washington Santana da Silva
Superintendente de Segurança
Aeroportuária

Anexo VII



Dissertação de Mestrado Profissional em Epidemiologia Aplicada ao Serviço de Saúde: *“Caracterização do perfil dos atendimentos dos Postos de Primeiros Socorros dos Aeroportos Internacionais de Cidades Sedes da Copa do Mundo de 2014”*

Pesquisadora: Noemi Melo Cabral

Orientador: Dr. Andrey Moreira Cardoso

Co-orientadora: Dra. Mayumi Duarte Wakimoto

INSTRUMENTO 1

Aplicado ao profissional de saúde responsável pela coordenação do serviço médico do aeroporto.

Ficha n. _____

1. Sexo:

Masculino Feminino

2. Idade (em anos):

3. Tempo de serviço na unidade de saúde do aeroporto (em anos e meses):

4. Composição da equipe de saúde da unidade (quantidade):

Médico

Enfermeiro

Técnico de Enfermagem

Auxiliar de Enfermagem

Socorrista

Outro: Qual?

5. Relação de horas de trabalho/horas de repouso das escalas de plantão:

12/24

24/48

24/72

Diarista

Varia por profissional. Especificar:

6. A equipe de saúde desta unidade faz verificação de situação epidemiológica de doenças transmissíveis?

sim não

6.1 Se sim, especificar por quais meios:

7. O aeroporto tem planos de ação e fluxos para emergências de saúde pública?

Sim Não Não tenho conhecimento

7.1 Se sim, como são definidos esses planos e fluxos, quanto:

Anexo VII - Continuação

7.1.1 Frequência com que são discutidos:

7.1.2 Participantes (órgãos e instituições):

8. A unidade de saúde tem protocolo/fluxo atualizado para identificação, notificação, manejo e controle de evento de interesse a saúde pública?

Sim (Apresentar) Não Não tenho conhecimento

8.1. Se sim, como esse fluxo é utilizado pela equipe para orientar os procedimentos para identificação, notificação, manejo e controle de evento de interesse a saúde pública?

9. A equipe recebe treinamento ou capacitação para reconhecer sinais e sintomas suspeitos de enfermidade infectocontagiosa e realizar notificação as autoridades de saúde?

Sim Não Não tenho conhecimento

9.1 Se sim, especificar qual(ais) e com que frequência?

10. Existe área de isolamento na unidade de saúde para atendimento de casos suspeitos de doença infectocontagiosa?

Sim Não

11. Na sua percepção profissional, esse serviço de saúde está preparado para detectar doenças ou exposições adversas de importância a saúde pública de forma oportuna a contribuir para a interrupção da cadeia de transmissão do evento?

Sim Não

Justificativa:

12. Há padronização de uso de EPIs para o primeiro contato com viajante suspeito de doença infecciosa?

Sim Não

12.1 Se sim, como é divulgado?

Cartazes no serviço de saúde

Protocolos escritos

Outros: _____

13. É recebido pela unidade retroalimentação sobre o resultado final da investigação epidemiológica dos casos notificados as autoridades de saúde?

Sim Não

13.1. Se sim, de quem é a iniciativa para esse retorno?

ANVISA

equipe de saúde

Outro, qual?

Anexo VIII

INSTRUMENTO II (EpiInfo)

1. Número de registro da pesquisa: _____	2. Número de registro no serviço: _____	3. Número de seleção: _____
--	---	-----------------------------

4. **Aeroporto:** 1. GRU 2. BSB 3. GIG 4. POA 5. SSA 6. MAO
 5. **Data de atendimento:** ____/____/____
 6. **Hora do atendimento:** ____:____
 7. **Data de nascimento** (ou idade, se não houver data de nascimento registrada):____/____/____
 8. **Sexo:** 1. Masculino 2. Feminino
 9. **Local de residência** (/País/ Cidade):

10. **Quando saiu do local de residência já apresentava os sinais ou sintomas?**

() 1 - sim () 2 - não () 3 - sem registro

11. **Motivo da presença no aeroporto:**

() 1 - passageiro () 2 - tripulante () 3 - visitante () 4 - trabalhador aeroportuário
 () 5 - outros () 6 - sem registro

12. **Se viajante ou tripulante, qual o local de procedência (12. País / 12.1. Cidade)?**

13. **Tempo de permanência no local de procedência (em dias)?**

14. **Visitou outros locais antes do local de procedência? () 1- sim 2- não 3- ignorado**

14.1. Se sim, informar país e 14.2 cidade: _____

15. **Sinais Vitais:**

Pres. art.: 15.1. PAS: _____ mmHg 15.2 PAD: _____ mmHg. () 999.99 sem registro	
15.3. Pulso: _____ bps. () 999 -sem registro	15.4 Respiração: _____ irpm () 999 sem registro
15.5. Temperatura axilar: _____ °C. () 99.9 sem registro	
15.6. Sat.O2 ___% () 999 sem registro 15.7. Glic: _____ mg/dl () 999 sem registro	

16. **Sinais e sintomas registrados: 1 = sim 2 = não 3 = sem registro**

Febre ()	Calafrios ()	Diarréia aguda ()
Cefaléia ()	Tosse ()	Dor de garganta: ()
Coriza ()	Icterícia ()	Mialgia ()
Síncope/desmaio ()	Dispnéia ()	Rigidez de nuca ()
Contusão ()	Lesão corto-contusa ()	Embriaguez ()
Vômito ()	Nausea ()	Tontura ()
Síndrome histeroconvulsiva (ansiedade): ()		

Hemorragia: () 16.21. Se sim, em qual local: _____

Exantema: () 16.23. Se sim, registrar tipo e localização: _____

16.24. () Outros sinais e sintomas: _____

17. **Quadro relacionado a doença crônica ou previamente conhecida?**

1. sim 2. Não 3 - sem registro

17.1. Se sim, especificar: _____

18. Há hipótese diagnóstica registrada na ficha de atendimento? 1 -Sim 2 - Não
Se sim, qual (ais)?

18.1 _____ CID10 (1): _____

18.2 _____ CID10 (2) : _____

18.3 _____ CID10 (3) : _____

19. Conduta clínica: colocar 1 =sim ou 2=não em cada uma das opções

19.1medicação VO 19.2medicação EV 19.3medicação IM 19.4.medicação SC

19.5. Se sim, quais medicações (especificar dose e frequência):

20. Procedimentos: colocar 1 =sim ou 2 =não em cada uma das opções

20.1. observação 20.2. aferição de SSVV 20.3 glicemia

20.4. curativo 20.5. nebulização 20.6. imobilização

20.7. oxigenoterapia 20.8. Outro: 20.9. Qual? _____

21. Como teve acesso ao posto de primeiros socorros?

1. iniciativa própria 2. encaminhado por tripulação 3. encaminhado por trabalhador

aeroportuário 4. encaminhado pela empresa empregadora 5. atendido em aeronave

6. encaminhado pela ANVISA 7. atendimento acionado pelo COE 8. Sem registro

22. Situação vacinal:

1. Referida 2. Comprovada 3. sem registro. 22.1.Se referida ou comprovada,
descrever a situação: _____

23. Registro de notificação à ANVISA: 1. sim 2. não

24. Registro de notificações a outras áreas/órgãos: 1. sim. 2. não

24.1. Se sim, quais: _____

25. Método de notificação: 1. telefone 2. e-mail 3. fax 4. encaminhamento de
formulário 5. outros 6. sem registro. 25.1.Se outro, qual? _____

26. Desfecho do atendimento: 1. liberado 2. orientado a procurar atendimento médico (

) 3. encaminhado à unidade hospitalar 4. óbito no aeroporto (5. sem registro

6. Outros: Qual? _____

Anexo IX: Formulários de atendimento dos PPS da pesquisa

Guarulhos:



Anexo 06

EMPRESA BRASILEIRA DE INFRA-ESTRUTURA AEROPORTUÁRIA

FICHA DE ATENDIMENTO Nº _____ / _____	DATA DO ATENDIMENTO: ____/____/____
---------------------------------------	-------------------------------------

**- FICHA DE ATENDIMENTO MÉDICO -
POSTO DE PRIMEIROS SOCORROS - P.P.S.**

NOME DO PACIENTE: _____		IDADE: _____
ENDEREÇO: _____	Nº _____	APTO: _____
BAIRRO: _____	CIDADE: _____	
ESTADO: _____	CEP: _____	FONE: _____
CONDIÇÃO DO PACIENTE: () PASSAGEIRO () USUÁRIO () FUNCIONÁRIO () TRIPULANTE		
EMPRESA / ORGÃO: _____	FUNÇÃO: _____ CRACHÁ Nº: _____	Nº DO VÔO: _____
O PACIENTE EMBARCOU COM PATOLOGIA PRÉ-EXISTENTE? () SIM () NÃO		
OUTRAS INFORMAÇÕES: _____		
HORÁRIO DO ATENDIMENTO: _____	INÍCIO: _____:_____	TÉRMINO: _____:_____
ASSINATURA DO PACIENTE: _____		

FICHA CLÍNICA

QUEIXA E DURAÇÃO: _____

EXAME FÍSICO: P.A. _____ F.C. _____ T°C _____ F.R. _____

Dextro: _____

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: _____

CONDUTA: _____

NOME POR EXTENSO / ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

Brasília:



ANEXO III
ATENDIMENTO MÉDICO DE URGÊNCIA (AMU)

AEROPORTO INTERNACIONAL DE BRASÍLIA-PRESIDENTE. JUSCELINO KUBTISCHEK			
NOME DO PACIENTE:			
SEXO:	COR:	NACIONALIDADE:	DOC. IDENTIDADE:
IDADE:	ESTADO CIVIL:	AEROPORTO DE ORIGEM:	
ENDEREÇO:			COD:
COMPANHIA AÉREA/EMPRESA:	MAT.	VOO:	FONE:
OUTROS DADOS:			
<input type="checkbox"/> FUNCIONÁRIO <input type="checkbox"/> PASSAGEIRO <input type="checkbox"/> TRIPULANTE			
<input type="checkbox"/> VISITANTE <input type="checkbox"/> PASSAGEIRO NA CONDIÇÃO DE PACIENTE			
HDA:			
EXAME FÍSICO:			
HD: HIPOTESE DIAGNÓSTICA:			
CONDUTA:			
REMOVIDO PARA:		ASSINATURA:	
DATA:	HORA CHEGADA:	HORA SAÍDA:	AMU Nº:

Brasília (verso):

HORA	MEDICAÇÃO	TÉCNICO REPONSÁVEL
GASTOS:		
DECLARAÇÃO: <p data-bbox="252 1196 1355 1285">Declaro estar ciente de que não estou enquadrado na condição de Passageiros e Tripulantes do Aeroporto Internacional de Brasília - PJK, de acordo com a portaria nº 0236/GM5 de 13/03/1985: devendo ressarcir à INFRAMÉRICA a importância referente aos serviços prestados.</p> <p data-bbox="724 1339 1326 1391">Brasília, ____/____/____ HORA: _____</p> <p data-bbox="252 1420 999 1451">NOME DO PACIENTE _____</p> <p data-bbox="456 1509 999 1541">_____ Assinatura</p>		

Galeão:



EMPRESA BRASILEIRA DE INFRAESTRUTURA AEROPORTUÁRIA

FICHA DE ATENDIMENTO MÉDICO – POSTO DE PRIMEIRO SOCORROS – P.P.S.

FICHA DE ATENDIMENTO _____		DATA DO ATENDIMENTO ____/____/____	
NOME DO PACIENTE _____		IDADE _____	
RG / CPF / PASSAPORTE / CREDENCIAL: _____		_____	
ACOMPANHANTE: _____			
RG / CPF / PASSAPORTE / CREDENCIAL: _____			
ENDEREÇO: _____		Nº _____ COMPL. _____	
BAIRRO: _____		TEL.: () _____	
CIDADE: _____		CEL.: () _____	
CEP: _____			
EMPRESA / ÓRGÃO: _____		ORIGEM DO ATENDIMENTO (DE ONDE VEIO O PACIENTE)	
Nº VÔO: _____		ANV () TPS ()	
CONDIÇÃO DO PACIENTE: () PASSAGEIRO () USUÁRIO () FUNCIONÁRIO () TRIPULANTE			
PACIENTE EMBARCOU COM PATOLOGIA? () SIM () NÃO QUAL: _____			

INÍCIO DO ATENDIMENTO: _____:_____		TÉRMINO DO ATENDIMENTO: _____:_____	

ASSINATURA DO PACIENTE OU ACOMPANHANTE			

Galeão (verso):

FICHA CLÍNICA	
QUEIXA E DURAÇÃO: _____	

EXAME CLÍNICO	
P.A. _____	F.C. _____ T.C. _____ F.R. _____ HGT _____
SPO ₂ _____	

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: _____	

CONDUTA: _____	

_____ ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO	
REMOÇÃO EXTERNA	
POR MEIOS PRÓPRIOS ()	POR ÓRGÃO PÚBLICO ()
LOCAL: _____	
ANOTAÇÃO DA ENFERMAGEM: _____	

_____ ASSINATURA	
LEVANTAMENTO DOS CUSTOS PELO ATENDIMENTO	
PRODUTO: _____	QUANTIDADE: _____
VALOR: _____	

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Assumo total responsabilidade, correndo todos os riscos pela minha saúde, por não aceitar o tratamento ou orientação prescrita pela equipe de saúde no PPS, por não aceitar o tratamento ou orientação prescrita pelo médico que me atendeu, isentando-o e a Empresa Brasileira de Infraestrutura Aeroportuária – INFRAERO de qualquer responsabilidade.

Assinatura do Paciente

Testemunha

Porto Alegre:



INFRAERO - AEROPORTO INTERNACIONAL SALGADO FILHO

SERVIÇO MÉDICO DE EMERGÊNCIA

CONTROLE DE ATENDIMENTO

Nº 001

NOME DO PACIENTE: _____

IDADE: _____ ENDEREÇO: _____

CATEGORIA: _____ () ISENTO () NÃO ISENTO

CONTATO MAIS PRÓXIMO EM PORTO ALEGRE: _____ FONE: _____

DIAGNÓSTICO: _____

MEDICAMENTOS/MATERIAIS UTILIZADOS: _____

PROVIDÊNCIAS: _____

REMOÇÃO:

1) HOSPITAL A SER CONDUZIDO: _____

2) HORA SAÍDA: _____ HORA CHEGADA: _____ HORA CHEGADA: _____

3) QUILOMETRAGEM SAÍDA: _____ HORA CHEGADA: _____ KM: _____

OBSERVAÇÕES: _____

Nº RECIBO:

DATA: ____ / ____ / ____ HORA: _____

ASSINATURA ENFERMAGEM

COREN-RS

ASSINATURA MÉDICO

CRM: _____

Salvador (verso):



DADOS DO MÉDICO E TÉCNICO EM ENFERMAGEM (LETRA DE FORMA)	
Nome do Médico(a) / CRM::	Nome do Téc. Enfermagem / Enfermeiro(a) / COREN):
ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO	ASSINATURA E CARIMBO DO TÉCNICO ENFERMAGEM

REMOÇÃO			
HOSPITAL A SER CONDUZIDO:			
HORAS		QUILOMETRAGEM (KM)	
Saída:	Chegada:	Saída:	Chegada:
Observação:			

**FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO
PARA USUÁRIOS QUE DEVEM RESSARCIR DESPESAS DO ATENDIMENTO**

Eu, _____ (NOME LEGÍVEL EM LETRA DE FORMA)
idade _____ Portador do CPF _____, residente _____
autorizo
o atendimento médico e assumo a responsabilidade de ressarcir a INFRAERO, pelas despesas decorrentes do referido atendimento de urgência/emergência, prestado pelo Posto de Primeiros Socorros do Aeroporto Internacional de Salvador.
Salvador - BA, _____ de _____ de _____.
ASSINATURA DO USUÁRIO / RESPONSÁVEL

NOTA: 01 – Se concessionário da INFRAERO, o ressarcimento das despesas devem ser através de pagamento à vista ou emissão de boleto bancário;
02 – Se usuário transeunte, o ressarcimento das despesas devem ser através de pagamento à vista;
03 - A área de tarifa da INFRAERO deverá emitir recibo ao usuário.

PARA USUÁRIOS ISENTOS OU CONCESSÃO DA INFRAERO			
Nome:			Idade:
Endereço residencial:			
RG:	CPF:	TEL.:	
Estou ciente de que os serviços prestados pelo Posto de Primeiros Socorros do Aeroporto Internacional de Salvador, não acarretarão ônus à minha pessoa e/ou empresa/órgão a qual trabalho.			
Salvador - BA, _____ de _____ de _____.			
ASSINATURA DO USUÁRIO / RESPONSÁVEL			

Manaus:



AIR MEDIC SERVIÇOS MÉDICOS LTDA – EPP
AV. DOM PEDRO I, 979 – VILA MONUMENTO – CEP 01552-001 – SÃO PAULO - SP.
www.airmedic.com.br – airmedic@airmedic.com.br



Aeroporto Internacional Eduardo Gomes - SBEG
Posto de Primeiros Socorros - PPS

FICHA DE ATENDIMENTO MÉDICO

DATA	HORA
//	:
Nível de atendimento	Urgência - U Emergência - E Ambulatorial - A

NOME						
IDADE:	COR:	Sexo:	Estado Civil:	Nacionalidade:	Naturalidade:	Telefone:
Registro:		Empresa:		Endereço:		
Funcionário <input type="checkbox"/>	PAX Embarc. <input type="checkbox"/>	PAX Desemb. <input type="checkbox"/>	Usuário <input type="checkbox"/>	Tripulante <input type="checkbox"/>		

Empresa Aérea:	Nº. Vôo:	Usuário RG:	CPF:
DIAGNÓSTICO:		Procedimento:	

EMPRESA AÉREA:	Nº. DO VÔO:	PROCEDÊNCIA:
Histórico do Paciente/Exame clínico		

Dados Clínicos:	Pulso:	Temperatura:	Respiração:	Pressão Arterial:	
				Max.	Min.
Prescrição Médica				Registro de Enfermagem	

Exames Complementares / ECG	Sumário de Alta / Transferência
	1.
	2.
	3.
DIAGNÓSTICO LEGÍVEL e CID	

Destino dado ao Paciente

() Residência () Transferido () Encaminhado ao ambulatório () Óbito () Outros

Assinatura e Carimbo do Médico – CRM

Manaus (verso):

FICHA CONTROLE DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS UTILIZADOS

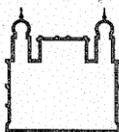
Méd. Injetáveis ampolas	Quantidade	Méd Injetáveis Ampola	Quantidade
Adrenalina 1mg/ml/Epinefrina		Escopolamina/Hioscina)	
Água destilada		Hidrocortisona 500mg	
Atropina		Fenobarbital	
Aminofilina 24mg/ml		Fenergan/Prometazina	
Benzetacil 1.200.00ui		Furosemida/Lasix	
Bicarbonato de Sódio		Glicose 25%	
Ranitidina 150mg		Glicose 50%	
Cloreto de Potássio (KCl)		Metoclopramida/Plasil	
Cloreto de Sódio (NaCl)		Morfina	
Dexametasona 4mg		Sulfato de magnésio	
Diazepan 10 mg		Tramadol/Tramol	
Dipirona		Vitamina C 500mg	
Diclofenaco sódico 75mg		Xilocaina s/ vasoconstritor	
Dormonid 15mg/3ml/Midazol.			
Méd. "Comprimidos"	Quantidade	Méd. "Gotas"	Quantidade
AAS 100mg		Buscopan	
AAS 500mg		Paracetamol	
Captopril 12,5mg		Dramin	
Dipirona 500mg		Dimeticona	
Diazepan 5mg		Plasil/Metoclopramida	
Diclofenaco sódico 50mg		Dipirona	
Flomicin/Repoflor 200mg		Hidróxido de Alumínio	
Isordil 5mg		Soro Oral	
Paracetamol 500mg		Uso Inalatório	
Metoclopramida 10mg		Atrovent	
Ranitidina 300mg		Aerodini	
Colírios		Berotec	
Maxitrol		Otológico	
Materiais	Quantidade	Lidosporin	Quantidade
Agulhas 25x7mm		Materiais	
Algodão		Lâmina de Bisturi	
Ataduras 10x4,5cm		Lanceta p/ glicemia	
Ataduras 30cm		Luva de procedimento	
Equipo de Macrogotas		Luva Estéril 7,5	
Esparadrapo		Luva Estéril 8,5	
Fio de Sutura Nylon nº3-0		Soro Fisiológico 0,9%	
Fio de Sutura Nylon nº4-0		Soro Glicosado 5%	
Fio de Sutura Nylon 5-0		Ringer Lactado	
Fio de Sutura/Catgut nº 0		Jelco n 18	
Fio de Sutura/Catgut nº3-0		Jelco nº 20	
Fita de glicemia		Jelco nº 22	
Gaze estéril		Jelco nº 24	
Scalp nº 19		Micropore	
Scalp nº 21		Sondas	
Scalp nº 23		Aspiração traqueal nº12	
Scalp nº 25		Nasogátrica nº 8	
Seringa 1 ml		Uretral	
Seringa 3 ml		Cateter de Oxigênio	
Seringa 5 ml		Adulto	
Seringa 10 ml		Infantil	
Seringa 20 ml		Tubo Traqueal	
Pomadas	Em curativo	T. Traqueal nº 5,0	
Neomicina		T. Traqueal nº 7,0	
Dexametasona		T. Traqueal nº 7,5	
Kolagenase		OUTROS	Quantidade

Observações:

Assinatura do paciente ou Responsável

Assinatura do Funcionário

Anexo X



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

AUTORIZAÇÃO

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores.

Rio de Janeiro, 19 de fevereiro de 2013.

Noemi Melo Cabral

/Fa

Serviço de Gestão Acadêmica - Rua Leopoldo Bulhões, 1.480, Térreo – Manguinhos-RJ – 21041-210
Tel.: (0-XX-21) 2598-2969 ou 08000-230085

E-mail: secaprofissional@ensp.fiocruz.br Homepage: <http://www.ensp.fiocruz.br>