

A epidemia de Zika nas notícias: recomendações de prevenção nos jornais

The Zika epidemic in the news: prevention recommendations in the newspapers

Raphaela Rezende Nogueira Rodrigues^{1,2}

raphaela.rnogueira@gmail.com

Marcia Grisotti³

marcia.grisotti@ufsc.br

Marcella Trindade Ribas³

marcellaribas@hotmail.com

Patrick James Medina Fabara³

patrickmedina6@gmail.com

**Autor correspondente*

¹Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - FMUSP, São Paulo- SP, Brasil.

²Centro Universitário de Pato Branco - UNIDEP, Pato Branco- PR, Brasil.

³Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, Florianópolis- SC, Brasil.

Revista Científica do ITPAC,
v. 16, n. 1, 2023.
ISSN: 1983-6708

Resumo

A epidemia do vírus Zika, considerada uma emergência nacional e internacional de saúde pública, colocou em evidência as dificuldades da comunicação de riscos e de medidas de prevenção, pela mídia impressa, em contextos de incertezas. Através da análise das notícias sobre os riscos e as recomendações divulgadas pelo jornal A Folha de São Paulo, identificamos a falta de clareza na definição de quem está em risco e quem, de fato, tem condições de adotar as medidas recomendadas pelas notícias divulgadas; assim como a delimitação das fronteiras sociais que separam o "outro" a quem se deve evitar. A diferença de relevância faz com que seja expressiva a quantidade de notícias com recomendações voltadas para estrangeiros em comparação às recomendações ao "outro" que sofre (da área que estava sendo fortemente afetada). O jornal fala para seu público leitor (quem acessa, assina e paga) mas também tem um papel social importante na disseminação e tradução de informações que são de interesse público.

Palavras-chave: epidemias; direitos sexuais e reprodutivos; políticas públicas; Zika vírus.

Abstract

The Zika virus epidemic, considered a national and international public health emergency situation, has highlighted the difficulties of risk communication and prevention measures, by the print media, in contexts of uncertainty. Through the analysis of the news about the risks and recommendations disclosed by the newspaper A Folha de São Paulo, we identified the lack of clarity in the definition of who is at risk and who, in fact, has conditions to adopt the measures recommended by the news; as well as the delimitation of social boundaries that separate the "other" who is to be avoided. The difference in relevance makes the amount of news with recommendations aimed at foreigners expressive compared to the recommendations to the "other" sufferer (from the area that was being strongly affected). The newspaper speaks for its readership (those who access, subscribe and pay) but it also has an important social role in the dissemination and translation of information that is of public interest.

Keywords: epidemics; prevention and control; public policies; sexual and reproductive rights; Zika virus.

1. INTRODUÇÃO

Qual é o ponto divisório que demarca a transformação de uma doença em um discurso científico e político? Quais os fatores que selecionam (e por quem?) certas doenças como problema de saúde pública? Doenças são inerentes à vida e discursos sobre elas emergem sob diversas formas baseados em categorias como sinais, sintomas e causas.

O que nos interessa aqui não é tratar da vivência subjetiva da doença, ou seja, como o paciente a experiência. Mas sim como ela é construída como um discurso hegemônico respaldado pelo conhecimento científico cuja aplicação ou tomada de decisão prática (em termos de terapêutica ou prevenção) retroalimenta a formação discursiva dos agentes

científicos e dos executores de serviços e políticas de saúde pública. Ou seja, apesar de muitas possibilidades discursivas, o que é escolhido como relevante regula o que há para ser falado, como apontava Canguilhem (1995):

A doença está na origem da atenção especulativa que a vida dedica à vida, por intermédio do homem. Se a saúde é a vida no silêncio dos órgãos, não há propriamente ciência da saúde. A saúde é a inocência orgânica. E deve ser perdida, como toda inocência, para que o conhecimento seja possível. Segundo Aristóteles, qualquer ciência procede do espanto. Essa afirmação se aplica também à fisiologia. Porém, o espanto verdadeiramente vital é a angústia suscitada pela doença. (CANGUILHEM, 1995)

A emergência de um 'novo' vírus (novo ao menos no imaginário coletivo) produz representações sociais. Concepções científicas são incorporadas no imaginário social e cientistas necessitam da experiência do doente e das observações sobre condições do ambiente no qual circulam os vírus para formular suas hipóteses e teorias. Esse processo, permeado por incertezas, é disseminado pelos meios de comunicação gerando mais incertezas e discursos ambivalentes.

As representações sociais sobre um novo vírus são produzidas e variam de acordo com a forma de transmissão do vírus aos humanos, o grau de letalidade, a percepção de risco, o impacto social e econômico e, no caso de uma emergência internacional, a capacidade de ultrapassar fronteiras e contaminar humanos de vários países. Por outro lado, sistemas-peritos (ciência) produzem conhecimentos e políticas públicas produzem prescrições, leis e demandas. Além de direitos e deveres enquanto respostas e estratégias, tanto para a contenção da propagação quanto para tratamento de casos. E, nesse contexto de incertezas, leigos, peritos e gestores de políticas públicas disputam formulações discursivas, difundidas nos meios de comunicação.

Discursos produzidos sobre epidemias de origem infecciosa trazem à tona como consequência (embora nem sempre intencionada) atitudes preconceituosas, negando ou rejeitando o outro que tem o potencial de portador e disseminador da doença que se teme. Enquanto o processo de construção de um discurso não se encontre reconhecido e legitimado para que a ciência o torne *fato*, sendo o desconhecimento fonte de *angústia* e temor.

A doença analisada nesse artigo é causada por um vírus chamado Zika, transmitido pelo mosquito *Aedes aegypti*, transmissor de outras doenças como dengue, febre amarela e chikungunya. Não se trata de um vírus novo; sua existência foi descoberta em 1947, numa floresta em Uganda (GW; SF; AJ, 1952). Cresceu em importância ao ser relacionado aos casos de microcefalia em bebês nascidos no nordeste brasileiro em 2015. Foi considerada Emergência Nacional e Internacional de saúde pública durante 9 meses e de forma semelhante à pandemia de Covid-19 impactou a vida cotidiana e fomentou a produção imediata de produção de conhecimento e elaboração de respostas de saúde pública.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo que analisou as recomendações de conduta sociocomportamental para a população, veiculadas pelo jornal Folha de São Paulo.

As notícias foram selecionadas pelo período de 01 de janeiro de 2015 até 11 de maio de 2017, por conter a maior quantidade de notícias sobre Zika e o interesse na visibilidade do caso até o fim da Emergência Nacional de Saúde Pública decretado pelo Ministério da Saúde no dia escolhido para ser o fim da seleção.

Utilizamos o termo "zika" na chave de busca e processamos as informações em uma tabela contendo o ano/mês da publicação, o lugar da notícia dentro da estrutura editorial do jornal, e as categorias "relatos sobre a doença",

"descrições e termos utilizados", "dispersão da doença", "explicações sobre a doença", "medidas a serem tomadas" e "recomendações para o público. As notícias selecionadas para análise foram as que continham algum tipo de recomendação de prevenção para o público.

Os critérios de exclusão das notícias foram: notícias nas quais o conteúdo fosse sobre outro tema que não o zika em 50% ou mais da notícia; notícias sobre outras doenças; não ter recomendações de nenhum tipo; notícias em língua estrangeira; infográficos e vídeos.

Nesse período foram emitidas 1677 notícias e para este trabalho foram lidas e selecionadas para um total de 144 notícias com algum tipo de recomendação. Através da análise dos dados emergiram 5 categorias: Conduta reprodutiva (T = 49); Medidas de proteção individual (T = 70); Controle vetorial (T = 20); Orientações para turistas (T = 62) e Orientações sobre pré-natal e puericultura (T = 7). O valor total de recomendação extrapola a quantidade de notícias pela possibilidade de existir mais de uma recomendação por notícia. O objetivo do artigo não é analisar se as recomendações feitas são efetivas ou corretas, mas sim o que representam, a quem são destinadas e o que pode ser inferido a partir delas. Ou seja, como essas representações criam sentidos que podem ser manifestados em ações?

Para analisar o material coletado, utilizamos a proposta metodológica: "Collective Mindsets Analysis" (POHLMANN; BÄR; VALARINI, 2014), cujo objetivo é reconstruir a percepção cultural coletivamente reconhecida, o inventário de conhecimento e as regras normativas subjacentes ao material analisado.

3. A CONSTRUÇÃO DA DOENÇA COMO ALGO TEMEROSO

Inicialmente, realizamos uma seleção dos termos utilizados para descrever o vírus Zika com todas as 1677 notícias encontradas. De fevereiro até novembro de 2015, encontramos termos como "doença misteriosa", "dengue atípica", "primo manso da dengue", "dengue light", "nova prima da dengue". Esses termos evidenciam que o novo vírus não tem ainda uma posição própria no processo de comunicação pública da doença, sendo sempre comparado ao vírus da dengue. A partir de novembro surgem as notícias sugerindo a correlação do vírus Zika aos crescentes casos de microcefalia no Nordeste, o que provoca uma mudança nos termos utilizados: começam a surgir descrições que ressaltam periculosidade como: "surto sem precedentes", "o mais perigoso dos vírus transmitidos pelo *Aedes aegypti*". Em dezembro aparecem notícias com termos como "vírus diabólico", "grande problema", "pesadelo das gestantes brasileiras" e sua comparação com o vírus da dengue passa a ser utilizada para dizer como as reportagens o analisaram no passado. A forma como o mosquito transmissor é descrita também muda de "mosquito da dengue" passa a ser "mosquito transmissor da dengue, zika e chikungunya" e também "mosquito do medo".

Neste momento, percebemos que o vírus Zika alcança um patamar descritivo próprio e com metáforas bélicas mais agressivas como "coquetel explosivo", "combate ao 9999999999999999vírus", "guerra contra o zika", "ou o Brasil

acaba com ele, ou ele acaba com o Brasil” e “erradicação dos criadouros”.

Termos emprestados da epidemiologia são unidos aos já citados, como “tríplice epidemia”, “surto”, “epidemia de pânico”, “emergência dramática da microcefalia”, “contágio”, “emergência sanitária”, “pandemia”, “risco”, “transmissão”.

Sua importância internacional aumenta, sendo considerado “escândalo global”, “temor internacional”, “ameaça grave e urgente”, “vírus do mal”, “medo da zika”. A queda dos casos em 2017, junto aos casos de febre amarela surgidos no período fizeram com que o zika se tornasse mais um dos vírus transmitidos pelo mosquito *Aedes aegypti*, diminuindo assim as terminologias ameaçadoras.

A elaboração da epidemia foi sendo construída pouco a pouco. Inicialmente enquanto comparação com uma doença já conhecida pela população, o vírus passou a ser visto como uma doença que vai se constituindo em tempo real tanto na dimensão científica, quanto no imaginário popular, através dos relatos de casos e opiniões que são transmitidas pelos jornais e outras mídias. Com o aumento do conhecimento sobre o vírus, a consequente delimitação de sua capacidade de se difundir e a circunscrição dos casos em locais e condições sociais específicas houve a diminuição do reconhecimento de sua importância. Processo similar ocorreu, também, com a dengue e outras doenças que se tornaram endêmicas no País.

O tempo necessário para a produção de conhecimento científico sobre uma epidemia diverge do tempo necessário para a tomada de decisão em relação às medidas a serem tomadas para controlar a epidemia. Prescrição de condutas e recomendações (muitas vezes baseadas em premissas incertas) são disseminadas pelos gestores em saúde pública para uma população aflita por respostas. A comunicação dos riscos e as recomendações de prevenção em contextos de incertezas têm sido pouco exploradas na literatura, especialmente quanto à forma de tradução do conhecimento científico aos leitores e quanto ao grau de evidência necessário para que se faça algum tipo de prescrição/recomendação, sabendo-se que não é possível esperar até que uma doença esteja plenamente descrita e reconhecida para se tomar medidas práticas de saúde públicas, como sustenta Weed (WEED, 2004).

Nessa mesma direção, Berlinguer (BERLINGUER, 2015), enfatiza a importância de dizer a verdade e de mostrar a verdade, o que significa ‘informar cuidadosamente sobre as políticas populacionais, evitar as mentiras, representações falsas e distorções’.

4. AS RECOMENDAÇÕES CONTIDAS NAS NOTÍCIAS

Inicialmente analisamos as recomendações que versam sobre medidas de conduta sexual e reprodutiva. Essas notícias correspondem a um total de 49, separadas em quatro grandes categorias: recomendações sobre adiar a gravidez; planejamento da gravidez; conduta sexual de mulheres grávidas e conduta sexual da população em geral. A escolha da separação das categorias “adiar a gravidez” e “planejar a gravidez” deu-se pela especificidade das recomendações como a própria categoria já demonstra. Ressaltamos que uma mesma notícia pode ter diversos tipos de recomendação, portanto pode haver um número maior de recomendações.

4.1 Adiar a gravidez

As recomendações de “adiar a gravidez” apareceram 28 vezes. Destas, 16 foram emitidas por médicos, especialistas ou pesquisadores; 2 foram feitas por um órgão governamental brasileiro e 10 por órgãos governamentais estrangeiros (El Salvador, Reino Unido, EUA e OMS. Em 18 recomendações não há especificação do tempo de adiamento da gestação e um organismo governamental de El Salvador recomenda adiar por até 2 anos enquanto da Colômbia recomenda adiar por 6 a 8 meses e nos EUA por 8 semanas e por 6 meses. Já a OMS recomenda o adiamento por 6 meses e duas das notícias selecionadas recomendam “anticoncepção efetiva” e “acesso a contracepção de emergência.

Essas recomendações se destinam às mulheres brasileiras (nas recomendações feitas por médicos, pesquisadores, especialistas e por órgão governamental brasileiro) e mulheres dos países de origem da recomendação (exceto EUA que também recomenda a homens com sintomas de zika). Dessa forma evidencia-se que não há um padrão de informação em torno da recomendação de adiar a gravidez. E, além disso, não há indicação de como essas recomendações possam ser colocadas em prática, nem sobre qual fonte de evidência estavam baseadas.

O limite do saber científico em relação à doença é admitido e aceito como parte do processo da investigação pelos cientistas, entretanto, o desconhecimento é escancarado pela divulgação dos casos da doença pelos meios de comunicação. Ainda assim, o desconhecimento é disfarçado, pois há pouca transparência para reconhecê-lo: usa-se o argumento da “precaução” e da comparação com outros vírus para recomendar condutas, sem a assunção do que se desconhece.

4.2 Planejamento da gravidez

As recomendações sobre “planejamento da gravidez” (T= 13) foram feitas pelo Ministério da Saúde brasileiro (T= 7); por outro órgão governamental brasileiro (T=3); pelos médicos, pesquisadores, especialistas (T=2); por órgão governamental dos EUA (T=1). Todas foram realizadas no período entre novembro de 2015 e outubro de 2016.

As recomendações foram: “conversar com médicos e familiares”; “pensar duas vezes”; “procurem médico com antecedência”; “fazer escolha consciente”; “continuem engravidando”; “acompanhar desde cedo” (a gravidez); receber esclarecimentos sobre os casos de microcefalia pelas equipes de saúde; “mulheres grávidas ou que desejem engravidar devem se consultar com seu médico caso o seu parceiro tenha sido exposto ao vírus zika”; “engravidar” (pois a situação epidêmica deve se estender). Todas se relacionam a possibilidade de engravidar.

Continuando, as recomendações acima seriam plenamente válidas se a doença já tivesse sido investigada a ponto de existirem condutas, tratamentos e prescrições já padronizadas pela sua eficiência. Entretanto, por não haver conhecimento científico suficiente – e nem tempo para que os médicos o internalizassem-, esse tipo de recomendação se mostra problemática. É uma forma de compartilhamento de responsabilidade com quem não tem ainda a possibilidade de ser coadjuvante nessa responsabilidade. O que está ao alcance dos médicos para aconselhar as mulheres e homens que os procuram? Comparações com outros vírus transmitidos por

mosquitos ou a simples recomendação de não engravidar. Não temos como verificar através de pesquisa qual eram as recomendações fornecidas por médicos naquela época, mas não é preciso grande esforço para imaginar que, embasados na tentativa de prevenir uma doença que atinge fetos, recomendasse que a gravidez seja evitada.

Apesar do poder simbólico e capital social que médicos possuem, não podemos deixar de ponderar sobre a carga de incertezas com as quais estes profissionais lidam. Renée C. Fox (FOX, 2000) caracteriza a existência de três tipos básicos de incertezas enfrentadas pelos médicos: a impossibilidade de ter todo o conhecimento médico; as originadas nas lacunas do conhecimento médico e sua compreensão e ignorância pessoal, inépcia e incapacidades.

Ao pensar sobre o zika nesse contexto médico de poder e incertezas, podemos reconhecer que há um forte potencial de sobrecarga nesses profissionais envolvidos, pois são chamados para fazer recomendações sobre um assunto no qual não havia informações suficientes. Quando um órgão governamental de saúde recomenda que a mulher converse com o médico que a atende sobre a possibilidade de engravidar em tempos de zika (àquela época, um tempo mais de desconhecimento sobre a doença do que o atual), exime-se de se posicionar sobre o que tem competência e embasamento para recomendar, mesmo que efetivamente não possa se embasar em nenhuma pesquisa. Esclarecer a verdade e os limites existentes é diferente de não ter uma posição. Se a realidade é de desconhecimento, é preciso que este seja admitido e clarificado, que cada recomendação feita esteja acompanhada de suas motivações.

4.3 Recomendações de conduta sexual para mulheres grávidas

As recomendações sobre conduta sexual para as gestantes (total de 12) versam sobre dois pontos: o uso de camisinha e abstinência durante a gestação. Essas recomendações em sua maioria foram emitidas por órgãos governamentais (norte americanos e OMS) no total de 8 das recomendações. São focadas na população americana, na população situada em área com zika e na população que viajou para as olimpíadas. Três recomendações partiram de médicos, pesquisadores e especialistas entrevistados (todas para mulheres brasileiras) e uma foi emitida por um jornalista entrevistado e direcionada para o público dos Estados Unidos.

4.4 Conduta sexual para a população

As recomendações sobre conduta sexual para a população em geral são: usar métodos contraceptivos, usar preservativos e abstinência sexual. Do total de 14 recomendações, 10 são direcionadas a turistas (Reino Unido, China e EUA).

Esse corpo de limites contidos é um corpo valorizado, pois este autocuidado é uma forma reguladora. Prescrições que reforçam esse tipo de 'cuidado de si' abrem a possibilidade de caso a autorregulação não seja ideal, o devir resultado – gravidez e contaminação pelo Zika – seja moralmente imputado ao portador do corpo, no caso, a mulher doente.

O vírus Zika é pernicioso por amplos motivos: quem está infectado pode não ter sintomas, a convivência com mosquitos é generalizada e permanente e a doença é leve em seus sintomas, exceto se a mulher estiver grávida, pois o feto é

quem sofrerá maior dano. Por este motivo é o corpo feminino ainda mais regulado e moralizado, pois engravidar é algo positivado dependendo da classe e se foi contaminada é por não ter colocado em prática medidas tão simples como “não ser picada, colocando em risco o nascituro. Que -ainda expostas ao risco – de forma desigual pela sua condição social- apenas as mulheres que não têm dinheiro para recorrer a um aborto seguro irão ter filhos com deficiências atreladas ao vírus Zika. E entre as que desejarem manter a gestação, mesmo entre os deficientes, haverá diferenciações. Pois o acesso a tratamentos e acompanhamentos de equipes multidisciplinares é também desigual.

4.5 Recomendações sobre Medidas de proteção individual

Separamos as recomendações de medidas de proteção individual em quatro tipos: medidas que falem sobre a Relação com o próprio corpo (T = 56); Relação com o ambiente (T = 28); Relações sociais (T = 6) e Conduta médica (T = 10).

As recomendações sobre medidas com relação ao próprio corpo são subdivididas em dois tipos: Usar repelente e uso de determinadas roupas, e dessa forma são dirigidas predominantemente para a população brasileira (T = 32) e para turistas (T = 24). As roupas recomendadas são roupas de manga longa, calças e meias. Alguns momentos especificam a cor da roupa (clara ou escura). Sobre o uso de repelente, há muitas informações conflitantes, outras são contraditórias: Há quem recomende o uso a cada duas horas. Quatro horas. Seis horas. Que use repelente infantil, pois é “menos agressivo”.

Dessa forma, é recomendando que o repelente seja usado apenas duas vezes ao dia, mas que não se durma com ele na pele. Também dizem o produto é tóxico, portanto, deve ser pouco usado. Caso dê alguma reação, que parem de usar.

Também há a recomendação de que se passe na menor área possível do corpo, enquanto em outra notícia há a recomendação de borrifar até por cima do cabelo e roupas. Já em outro artigo (RODRIGUES; GRISOTTI, 2019) discutimos sobre a questão do uso do repelente. É evidente a quantidade e o conteúdo das divergências das recomendações, embora essa divergência seja percebida, provavelmente, apenas por nós; devido ao foco na procura das notícias com o descritor “zika”. Para leitores do jornal analisado, talvez algumas dessas incongruências passem despercebidas. As notícias de modo geral são repetitivas, acrescentam pouca informação; no entanto são disponibilizadas em grande volume, o que pulveriza as informações e faz com que uma análise crítica das contradições e equívocos seja mais difícil para quem lê o jornal sem os olhos de pesquisador.

As medidas de proteção em relação ao ambiente são aquelas que alteram o ambiente doméstico (com a colocação de telas nas janelas, uso de mosquiteiros, manter janelas fechadas, manter o ventilador ligado, ar condicionado ligado) e recomendações sobre quais lugares visitar (evitar regiões endêmicas, evitar ambientes com mosquito, não viajar para zonas de risco, não visitar áreas empobrecidas e superpopulosas, não visitar locais sem saneamento básico). Ou seja, a maioria das primeiras recomendações é destinada para a população brasileira e a segunda para turistas, sejam os que viriam ao Brasil ou brasileiros que viajariam para algumas áreas do Brasil.

Desse modo, vemos mais claramente a diferenciação no direcionamento do jornal: para quem fala? sobre quem? Pensar a dispersão do mosquito *Aedes aegypti* no território brasileiro e saber que ele está presente na maioria das cidades não é suficiente para afirmar que a população tenha essa percepção, entretanto, a comoção e o medo que o vírus Zika suscitou foram fortes o suficiente para reforçar a ideia de que ser contaminado é uma realidade possível. Mais pesquisas são necessárias para fazer esse tipo de análise, mas podemos levantar a hipótese de que se o jornal passa a fazer uma diferenciação na possibilidade de se contaminar – reforçada pelas recomendações que dizem para evitar áreas endêmicas-, quer dizer que algo acontece nas percepções veiculadas; afinal, a doença era uma possibilidade a ser temida, portanto, algo próximo, mas passa a ser possível ser evitada apenas com a ação de não frequentar certas regiões sem saneamento ou ligar o ar condicionado. Revelando também um tipo de incongruência, algo que escapa à lógica que estamos utilizando. Nos levando a pensar sobre quem é essa pessoa que recebe a recomendação de não visitar áreas empobrecidas. Certamente não é uma recomendação para quem vive nessas áreas, sem saneamento, sem ar condicionado, sem a possibilidade de simplesmente fechar a janela para se isolar do problema. É como se existisse aqui uma forma de se delinear uma fronteira simbólica – mas também material – entre os grupos, apesar de sua coexistência. Parece haver um certo distanciamento entre aquelas mulheres – aqui usaremos o feminino pois o principal medo é da infecção durante a gravidez- que temem pegar zika e quem o jornal diz o que fazer para que não exista risco. Talvez esse distanciamento tenha seu alicerce na ideia de que esse tipo de doença é apenas para pobres, o que não corresponde plenamente à realidade, ainda que, em magnitude, atinja mais essa população. Se essa ideia estivesse de fato enraizada na população consumidora do jornal e de outros meios de comunicação, a comoção e o temor causados pela doença teriam sido menores do que foram, pois a capacidade de alastramento seria considerada menor. Mas não foi o que ocorreu. Outra possibilidade a ser questionada está na possível percepção de que os mosquitos com os quais se convive (considerando a onipresença destes) não sejam portadores do vírus. Essa seria uma explicação para o reconhecimento da presença dos mosquitos nos ambientes em que as pessoas circulam, mas que os mosquitos “temíveis” sejam os de outro lugar. Como se houvesse uma compreensão “multiespécie”, permitindo também uma vida social e política dos mosquitos e vírus circulantes. Esse reconhecimento de existência participaria na regulação de políticas públicas e consequentemente no controle dos corpos dos humanos que são influenciados pelas políticas formuladas. Mosquitos “temíveis” – por serem contaminados-, mosquitos “seguros” – os da convivência; humanos a serem evitados e humanos que são o público do jornal.

Neste ponto, recorreremos às datas das notícias veiculadas e uma outra hipótese a ser enunciada: no início, nas primeiras notícias com essas recomendações (2015 até o início de 2016), o “outro” era a região Nordeste, portadora dos mosquitos infectados. Em um pequeno avanço do tempo o “outro” fica mais próximo (do local do jornal) e passa a ser o Rio de Janeiro, devido as Olimpíadas que foram realizadas no inverno de 2016. Assim, duas alterações podem ter acontecido: inicialmente o “outro” era o Nordeste e o jornal se dirigia para o público paulista; a outra alteração ocorrida foi

cronologicamente depois da primeira descrita, especificando que o “outro” era o Brasil como um todo, especialmente o Rio de Janeiro por ser o foco da maioria dos viajantes e o jornal está dando recomendações para os turistas que virão ao Brasil. Trazendo um novo questionamento: O que leva um jornal paulista escrito em português a veicular notícias com o foco em recomendações de conduta para estrangeiros? Uma possibilidade é que o jornal simplesmente traduza notícias veiculadas em jornais estrangeiros sem as devidas revisões. Ainda assim, parece existir um descompasso entre quem consome a notícia, quem é beneficiado por informações e quem o jornal pretende informar. Herzlich (ADAM, PHILIPPE; HERZLICH, 2001) em seu artigo sobre a construção da Aids como notícia nos jornais diz algo que parece ser apropriado aqui: “Simultaneamente, no entanto, as diversas denominações de grupos, pessoas ou populações ‘de risco’ significam que os indivíduos não são iguais diante da doença”. Portanto, não é apenas uma questão de riscos realizáveis e de como evitá-los, mas também de representação da distinção entre quem está sob risco e quem não está.

4.6 Recomendações sobre relações sociais

As notícias que falam sobre relações sociais são apenas seis. Inicialmente recomendam que se evitem pessoas que talvez possam ter sido contaminadas com zika. Essas recomendações logo deixam de ser realizadas. Entretanto, com novas descobertas científicas, como por exemplo, a de o vírus ser encontrado em saliva. Recomendando o jornal à população não compartilhar talheres e copos e a não beijarem pessoas que possam estar infectadas. Aqui recomenda-se também que a população (principalmente gestantes) não circule em locais com aglomerações de pessoas.

O simples reconhecimento da existência do vírus na saliva foi o suficiente para que recomendações acima descritas fossem emitidas. Não havia a comprovação de transmissão para que se justificasse a orientação fornecida. Portanto, é necessário que pesquisas sejam realizadas para analisar como são feitas as elaborações de prescrição de conduta com base em dados de pesquisas não ainda corroborados, ou seja, em contextos de incertezas e quais as consequências, no âmbito da percepção pública, da divulgação desses dados.

4.7 Recomendações de conduta médica

As recomendações de conduta médica são simples: não usar remédios sem orientação médica; procurar assistência médica antes de viajar para áreas com zika e procurar assistência médica ao voltar de áreas com zika. Em um primeiro ponto devemos questionar a real efetividade desse tipo de recomendação. Como já abordamos anteriormente, pouco havia para um médico recomendar, pois ainda não existia uma conduta baseada em evidências científicas. Outra questão está na “crença” de que as recomendações, que presumem uma mudança de comportamento social, seriam colocadas em prática pela população. O chamado “Modelo das crenças sobre a saúde” tem como ideal o alicerce de que comportamentos serão alterados se a população perceber uma ameaça para a saúde e que com essa mudança o risco será reduzido.

De qualquer forma, cada um desses fatores baseia-se em crenças subjacentes, de fato, sobre a aceitação das informações dadas pelo corpo médico: crença na realidade da ameaça e de

suas consequências, crença na eficácia das medidas preventivas. [...]Tal modelo supõe primeiramente que os indivíduos são perfeitamente racionais e que, para eles, evitar os riscos para a saúde constitui sempre o objetivo primordial. Além disso, ele não considera uma crença ou informação isoladamente sem se perguntar como ela se integra nos complexos conjuntos constituídos pelas representações (ADAM, PHILIPPE; HERZLICH, 2001).

Essa concepção que percebe apenas a apreensão da informação de forma puramente racional e individual, isolada de seu contexto social, faz com que recomendações sobre conduta sexual abordadas anteriormente sejam emitidas. Pois se uma doença pode gerar danos ao feto, a resposta dentro dessa lógica diz que a mulher não deve fazer sexo ou se o fizer, que não engravide. Por essa lógica espera-se que o uso de contraceptivos seja de conhecimento e utilização ideal por toda a população, que os contraceptivos não falhem, que não exista sexo não consensual e que ao se recomendar abstinência, que a população realmente a faça.

Recomendações que desconsideram a possibilidade que as pessoas têm de colocá-las em prática ou de reconhecê-las como válidas são recomendações que servem apenas para que o emissor as emita, mas não tem validade na realidade das pessoas.

4.8 Recomendações de controle vetorial

As recomendações de controle vetorial consistem em medidas como eliminar água parada, cobrar a vizinhança que tem água parada no quintal e inspecionar se há água parada no domicílio e trabalho. Há aqui a responsabilização do indivíduo pela coletividade em que está inserido.

4.9 Recomendações para turistas

Anteriormente discutimos recomendações que, entre outros direcionamentos, também orientavam turistas. Na presente categoria temos dois tipos paradoxais de recomendação: as que recomendam que se evite a viagem para

áreas com transmissão de zika e as que recomendam que a pessoa não deixe de viajar por causa da doença. Do total de 47 recomendações, apenas 6 são para mulheres brasileiras (5 recomendam que evitem viajar para regiões endêmicas e uma para que as mulheres brasileiras não deixem de viajar para Miami). As outras recomendações são emitidas por entidades estrangeiras para as pessoas de seus países viajarem ou não para áreas com Zika como o Brasil.

Não é esperado que um jornal colabore na elaboração de políticas públicas ao eleger suas recomendações, mas que contribua com um senso de coletividade ao falar sobre aquilo que é um problema social.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O avanço do conhecimento e o reconhecimento público da existência de um discurso menos controverso sobre uma doença tende a diminuir a angústia que ela provoca. Porém, a diminuição da angústia não é homogênea entre toda a população, pois como já foi falado anteriormente, a vivência subjetiva da doença e os mecanismos de resiliência são dependentes do contexto, da exposição e da percepção de risco. Seja no caso do vírus Zika ou de alguma outra doença. Uma clara distinção entre quem estará sob risco e quem poderá fazer algo simples como ligar o “ar condicionado” e isolar-se do problema altera a percepção e o comportamento em relação ao risco. De fora, todo o contato com o Brasil é um risco em potencial. De dentro, fronteiras sociais separam o “outro” a quem se deve evitar. A diferença de relevância faz com que seja expressiva a quantidade de notícias voltadas para estrangeiros, com maior quantidade do que as notícias com recomendações para quem era de área que estava sendo fortemente afetada. O jornal fala para seu público leitor – ou seja, quem acessa, quem paga e assina. Mas também tem um papel social importante na disseminação e tradução de informações que são de interesse público. O inesperado foi reconhecer que há maior foco em notícias para estrangeiros; onde presume-se que não falem português e para quem é o “outro” que sofre.

REFERÊNCIAS

- ADAM, PHILIPPE; HERZLICH, C. *Sociologia da doença e da medicina*. [s.l.] EDUSC, 2001.
- BERLINGUER, G. *Bioética cotidiana*. Brasília: Editora UNB, 2015.
- CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.
- FOX, R. C. Medical Uncertainty Revisited. In: PUBLICATIONS, S. (Ed.). *The Handbook of social studies & medicine*. London: [s.n.]. p. 577.
- GW, D.; SF, K.; AJ, H. Zika virus. I. Isolations and serological specificity. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, v. 46, n. 5, p. 509–520, 1952.
- POHLMANN, M.; BÄR, S.; VALARINI, E. The analysis of collective mindsets: introducing a new method of institutional analysis in comparative research. *Revista de Sociologia e Política*, v. 22, n. 52, p. 7–25, 2014.
- RODRIGUES, R. R. N.; GRISOTTI, M. Comunicando sobre Zika: recomendações de prevenção em contextos de incertezas. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 2019.

WEED, D. L. Precaution, Prevention, and Public Health Ethics. **The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine**, v. 29, n. 3, p. 313–332, 1 jan. 2004.

Diagnóstico de Carcinoma de Células Escamosas na Atenção Primária

Diagnosis of Squamous Cell Carcinoma in Primary Care

Rosângela Araujo Rodrigues^{1*}
rosan145@hotmail.com

Juliana Tomaz Sganzerla¹
julianasganzerla@unirg.edu.br

Daniella de Alencar Camarcio¹
niellard@hotmail.com

Isabella Ribeiro Lopes¹
isabellar1410@gmail.com

Mariana Tizzo Pimenta¹
marianatizzo00@gmail.com

Letícia Rodrigues Correia¹
leticiajv1999@hotmail.com

Maria Sortenia A. Guimarães²
msortenia@mail.uft.edu.br

Mariana Caroline T. Alvim²
marianatalvim@gmail.com

***Autor correspondente**

¹Universidade de Gurupi- UNIRG, Gurupi- TO, Brasil.

²Universidade Federal do Tocantins- UFT, Palmas- TO, Brasil.

Revista Científica do ITPAC,
v. 16, n. 1, 2023.
ISSN: 1983-6708

Resumo

O diagnóstico do câncer de cavidade oral, na maioria das vezes se dá em estágios avançados da doença. A identificação da doença de forma precoce pode trazer um melhor prognóstico e maior sobrevida aos pacientes acometidos. O objetivo desse trabalho é relatar casos de carcinoma de células escamosas (CEE) de cavidade oral, destacar a relevância da atenção primária em saúde na prevenção e detecção precoce dessas lesões e na orientação dos indivíduos e suas famílias. Metodologia: Foram realizadas entrevistas e consulta odontológica, revisão de prontuário médico e odontológico na Unidade Básica de Saúde Clara Mota na cidade de Gurupi - TO, assim como registros fotográficos das intervenções e métodos diagnósticos aos quais a paciente foi submetida e ainda revisão de literatura. Relato de caso: paciente do gênero feminino, 47 anos, etilista e tabagista apresentou lesão nodular em ventre anterior de língua. Após a biópsia, o diagnóstico histopatológico foi de CEE, sendo então encaminhada para o setor de tratamento fora de domicílio (TFD) da secretaria de saúde do município. Conclusão: A atenção primária em saúde tem grande importância na identificação de neoplasias, com destaque para o papel fundamental das equipes de saúde bucal no diagnóstico precoce do câncer de cavidade oral.

Palavras-chave: câncer de cavidade oral; Carcinoma de Células Escamosas; fatores de risco; diagnóstico precoce; atenção primária.

Abstract

The diagnosis of oral cancer, in most cases, occurs in advanced stages of the disease. The early identification of the disease can bring a better prognosis and greater survival to affected patients. The objective of this paper is to report cases of squamous cell carcinoma (SCC) of the oral cavity, highlight the relevance of primary health care in the prevention and early detection of these lesions and in the guidance of individuals and their families. Methodology: Interviews and dental consultation, review of medical and dental records in the Basic Health Unit Clara Mota in the city of Gurupi - TO, as well as photographic records of the interventions and diagnostic methods to which the patient was submitted, and literature review were performed. Case report: a 47-year-old female patient, alcoholic and smoker, presented with a nodular lesion in the anterior tongue. After biopsy, the histopathological diagnosis was CEE, and she was then referred to the out-of-home treatment (OHT) sector of the municipality's health department. Conclusion: Primary health care has great importance in the identification of neoplasms, with emphasis on the fundamental role of oral health teams in the early diagnosis of oral cavity cancer.

Keywords: oral cavity cancer; Squamous Cell Carcinoma; risk factors; early diagnosis; primary care.

1. INTRODUÇÃO

O câncer constitui um grave problema de saúde pública, sendo considerada a segunda maior causa de óbitos no Brasil. De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), no ano de 2020 o câncer de cavidade oral ocupou a

quinta colocação nos diagnósticos de neoplasias malignas em indivíduos do sexo masculino e a décima terceira mais frequente entre todos os cânceres no sexo feminino¹. E, ainda, como localização primária, foi responsável por cerca de 4,2 % dos óbitos causados por câncer no território brasileiro no ano de 2019¹.

Dentre as lesões malignas que acometem a cavidade oral, cerca de 95% são do tipo carcinoma de células escamosas (CEE); também citado como carcinoma epidermóide, carcinoma escamocelular e carcinoma espinocelular². A faixa etária mais acometida é aquela acima de 45 anos de idade e os locais mais frequentes são borda lateral e posterior da língua, assoalho bucal e o lábio inferior³.

O CEE tem etiologia multifatorial, existindo fatores extrínsecos ou agentes externos e fatores intrínsecos. Os principais fatores externos ou fatores de risco são o tabagismo, etilismo³ e infecções por HPV; principalmente pelo sorotipo 16⁴ e com maior ênfase para o abuso do álcool e tabaco. Dentre os fatores intrínsecos estão incluídos o estado sistêmico ou geral do indivíduo e as deficiências nutricionais e em menor grau fatores genéticos³.

O abuso do álcool em conjunto com o tabaco tem efeito sinérgico no aumento do risco para o câncer de cavidade oral e medidas que visem extinguir ou diminuir esses hábitos são de fundamental importância para prevenir essa patologia. Portanto, a APS se constitui em um espaço privilegiado para tais ações, tanto no controle dos fatores de risco junto à comunidade bem como no diagnóstico precoce das lesões e na longitudinalidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS)⁵.

Considerando a importância da prevenção e detecção precoce do câncer para um melhor prognóstico dos indivíduos acometidos por essa patologia, a atenção primária em saúde (APS) se destaca por ser porta de entrada do usuário para o Sistema único de Saúde (SUS), tendo a equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família (ESF) papel fundamental na orientação aos usuários na RAS⁵.

Os fatores socioeconômico e cultural encontram-se diretamente ligados ao risco de câncer bucal, visto que indivíduos com maior vulnerabilidade econômica e social estão mais expostos aos fatores de risco comportamentais como tabagismo e abuso do álcool, assim como podem encontrar barreiras para acessar os serviços de saúde e programas de prevenção⁶.

Nesse contexto, o objetivo desse trabalho é relatar o caso de CEE de cavidade oral em uma paciente do sexo feminino, 47 anos, etilista e tabagista atendida pela Equipe de Saúde Bucal da ESF em uma Unidade Básica de Saúde na cidade de Gurupi - TO e demonstrar a importância da APS no diagnóstico precoce do câncer de cavidade oral e na orientação e acompanhamento dos pacientes na RAS.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

As informações contidas neste trabalho foram obtidas por meio de entrevista e consulta odontológica da paciente, revisão de prontuário médico e odontológico na Unidade Básica de Saúde Clara Mota na cidade Gurupi - TO, assim como dos registros fotográficos das intervenções e métodos diagnósticos aos quais a paciente foi submetida e ainda revisão de literatura.

Esse relato de caso foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Gurupi (UNIRG) obtendo aprovação através do parecer número 4.971.553.

3. RESULTADOS

Paciente do gênero feminino, 47 anos, residente na cidade de Gurupi-TO, melanoderma, solteira, ensino fundamental, sem profissão definida, relata fazer pequenos serviços como faxineira e lavadeira para se sustentar. Apresentou-se na Unidade Básica de Saúde em 13 de maio de 2021 acompanhada da agente comunitária de saúde para consulta odontológica com queixa de ferida na língua que não cicatriza há cerca de um ano. Durante a anamnese relatou não ter doença crônica e não saber se há casos de câncer em sua família. Há dois anos vem apresentando sangramento e prolapso retal tendo sido encaminhada para intervenção cirúrgica. Porém, até o momento, não conseguiu agendamento. É tabagista há mais de 30 anos, consumindo mais de 20 cigarros por dia e etilista há cerca de 5 anos. Fazendo ingestão de bebida alcoólica diariamente.

Em consulta ao prontuário médico foi verificado que a paciente passou por cirurgia de abdômen superior em 2013 devido a uma pancreatite. Em abril de 2020 foi encaminhada ao CAPS AD (Centro de atenção psicossocial – Álcool e drogas) a pedido próprio; mas, segundo a ACS, não chegou a frequentar tal instituição. Já no histórico odontológico consta consulta prévia em outubro de 2019, com queixa algica na região de assoalho bucal e com descrição de “lesão esbranquiçada semelhante à afta”, onde a conduta foi prescrição de antisséptico bucal.

Em relação ao exame clínico da cavidade oral apresentou higienização bucal deficiente, raízes dentárias residuais e lesões de cárie. Na região de ventre anterior de língua verificou-se lesão nodular exofítica bem delimitada com cerca de 1,5 centímetros no seu maior diâmetro, superfície rugosa, coloração esbranquiçada e consistência firme (Figura 1).



Figura 1 – Lesão nodular, hipocrômica em ventre anterior de língua.

Fonte: acervo pessoal dos autores.

O exame físico não teve achados dignos de nota, pois não foram encontrados linfonodos palpáveis.

Adiante, na mesma consulta foram realizados os testes rápidos para exclusão de sífilis, hepatite B, hepatite C e infecção por HIV (VDRL, anti-HBV, anti-HCV e anti-HIV, respectivamente). Todos com resultado negativo.

Diante dos achados clínicos, as hipóteses diagnósticas apontavam para papiloma, condiloma ou leucoplasia

verrucosa. E, portanto, a conduta foi indicação de biópsia excisional, efetuada em 20 de maio de 2021 (Figura 2) e o espécime enviado para análise histopatológica.



Figura 2 - Imagem clínica do momento da biópsia excisional.
Fonte: acervo pessoal dos autores.

Após 7 dias a paciente retornou para remoção de suturas e acompanhamento pós-operatório (Figura 3).



Figura 3 - Pós-operatório de 7 dias.
Fonte: acervo pessoal dos autores.

O laudo histopatológico foi recebido 30 dias após a realização da biópsia excisional, descrevendo o resultado como carcinoma de células escamosas bem diferenciado e superficialmente invasivo, originado em lesão papilomatosa com presença de displasia de alto grau e profundidade de invasão de 0,5 milímetros (padrão de infiltração tipo 2). A ESB se reuniu com a enfermeira e a médica da equipe onde foi repassado o laudo, ficando acordado que a paciente seria chamada para orientação e encaminhamento à Oncoclínica do Hospital Geral de Palmas (HGP) para início do tratamento.

A paciente conseguiu agendamento para 23 de setembro de 2021, onde passou por avaliação médica e exames complementares. O retorno foi marcado em 30 dias, no entanto houve recusa da paciente em voltar ao HGP; retornando apenas em janeiro de 2022, onde recebeu os resultados dos exames e foi orientada sobre a conduta a ser tomada. O laudo do exame de Tomografia Computadorizada (TC) mostrou a existência de comprometimento do espaço faringo-mucoso sublingual e latero-faríngeo. Pequenos linfonodos foram

identificados em cadeias lb, lla, o maior com cerca de 1,2 cm. Por conseguinte, foi informado à paciente que a conduta será a realização de radioterapia e quimioterapia sendo então encaminhada para o atendimento odontológico na UBS de origem, onde deverá ser realizada a adequação do meio bucal para posterior intervenção.

4. DISCUSSÃO

Segundo o INCA, a estimativa do câncer de cavidade oral para cada ano do triênio 2020-2022 é de 10,70 novos casos para cada 100.000 homens e 3,71 para cada 100.000 mulheres. Para o estado de Tocantins, foram estimados 6,4 casos desse tipo de câncer para cada 100 mil homens e três para cada 100 mil mulheres no decorrer de 2020⁷.

Revisão retrospectiva realizada por Schmidt e colaboradores, em 2004, nos Estados Unidos, concluiu que dois terços dos pacientes portadores de CEE são tabagistas contumazes e que tais indivíduos têm risco sete a dez vezes maior de apresentar câncer de cavidade oral em relação aos não fumantes⁸.

Freire e colaboradores, em estudo de 2020 sobre a influência dos fatores socioeconômicos e acesso aos serviços básicos de saúde na incidência do câncer bucal no Brasil concluíram que municípios que apresentam maior desigualdade social e menor possibilidade de acesso à APS têm maior risco de terem seus casos de câncer bucal diagnosticados tardiamente resultando em necessidade de internação hospitalar e maior risco de óbito⁹.

Ações podem ser desenvolvidas a nível de atenção primária para prevenção do câncer de cavidade oral buscando interromper ou diminuir os fatores de risco¹⁰; porém, segundo o prontuário médico e odontológico da paciente deste caso, apesar de ser atendida pela ESF há cerca de 12 anos, não existe nenhuma anotação relacionada a qualquer ação ou tentativa de modificar seus hábitos. Apenas um encaminhamento ao CAPS-AD a pedido da própria, que não foi acompanhado pela equipe.

Para se obter um atendimento integral é necessário que a equipe multiprofissional da ESF realize a abordagem da família e não apenas o indivíduo doente, ampliando assim a visão do processo saúde-doença com foco nos determinantes sociais de saúde¹⁰. Contudo, muitos profissionais da APS não estão suficientemente preparados para essa abordagem, talvez pela falta de conhecimento de ferramentas tais como genograma e ecomapa que são a reprodução ou retrato da história familiar do indivíduo em questão obtidos por meio de entrevistas. Tais ferramentas auxiliam os profissionais de saúde a visualizar a situação psicossocial e as ligações entre os membros da família e o meio em que coexistem. E a partir dos dados obtidos construir um Projeto Terapêutico Singular (PTS) na busca de estratégias de intervenção que esteja de acordo com as premissas estabelecidas. Auxiliando e promovendo a autonomia do indivíduo e seus familiares¹¹.

Em relação ao caso citado neste relato, foi de extrema importância a ação da ACS que ao receber a queixa da paciente verificou a presença da lesão e logo em seguida procurou a ESB

da Unidade Básica de Saúde para agendar uma consulta. As visitas domiciliares desses profissionais aos usuários do território podem trazer a ESF dados essenciais para a intervenção sobre fatores de risco e ainda a detecção precoce das neoplasias¹¹.

Na cidade de Gurupi - TO, o fluxo de atendimento dos casos de lesões suspeitas de câncer de cavidade oral devem ser referenciados ao Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) para um estomatologista ou cirurgião buco maxilo facial. Aqueles pacientes com diagnóstico fechado são referenciados para a Oncoclínica do Hospital Geral de Palmas (HGP) por meio do programa Tratamento Fora de Domicílio (TFD). Entretanto, desde março de 2020 o CEO de Gurupi não realiza atendimentos por estar em reformas e não ter profissionais especializados em seu quadro.

De acordo com a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012¹², o intervalo entre o diagnóstico e o início do tratamento do câncer não deve ultrapassar 60 dias, porém o HGP atende além de municípios tocantinenses, estados circunvizinhos. O que origina grande demanda e filas de espera por tratamento, vindo a corroborar os dados do Painel-Oncologia do INCA de

que em 45% dos casos diagnosticados de câncer de lábio e cavidade oral no Brasil, o intervalo é superior ao preconizado¹³.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O câncer de cavidade oral é um problema de saúde pública e a APS tem importante relevância nas ações que visam a prevenção e detecção precoce dessa patologia. As visitas domiciliares realizadas pelas ACS trazem para a ESF o conhecimento dos fatores de risco a que os usuários estão expostos, possibilitando projetos de intervenção e prevenção não somente sobre a doença, e sim sobre esses fatores, considerando o indivíduo, sua família, suas relações e o contexto em que se inserem. É necessário que a ESB e a equipe interdisciplinar de saúde estejam preparados para conseguir detectar lesões malignas ou potencialmente malignas, assim como acolher e guiar o usuário no fluxo da RAS.

REFERÊNCIAS

- [1] MS / INCA / Coordenação de Prevenção e Vigilância / Divisão de Vigilância e Análise de Situação, 2021. Disponível online: <<https://www.inca.gov.br/estimativa/taxas-ajustadas/neoplasia-maligna-da-cavidade-oral>>. Acesso em: 15 ago. 2022.
- [2] BRENER, S et al. Carcinoma de células escamosas bucal: uma revisão de literatura entre o perfil do paciente, estadiamento clínico e tratamento proposto. *Revista Brasileira de Cancerologia*, [s. l.], v. 53, n. 1, p. 63-69, 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.32635/2176-9745.rbc.2007v53n1.1831>>. Acesso em: 20 ago. 2022.
- [3] Neville, BW e Day, TA (2002), *Oral Cancer and Precancerous Lesions*. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 52: 195-215. Disponível em: <<https://doi.org/10.3322/canjclin.52.4.195>>. Acesso em: 18 ago. 2022.
- [4] Petito G Et al. Human papillomavirus in oral cavity and oropharynx carcinomas in the central region of Brazil. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology* [online]. 2017, v. 83, n. 1, pp. 38-44. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2016.01.004>>. Acesso em: 14 jul. 2022.
- [5] Torres-Pereira CC, Angelim-Dias A, Melo NS, Lemos CA, de Oliveira EMF. Abordagem do câncer da boca: Uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde [Internet]. Vol. 28, *Cadernos de Saúde Pública*. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2012 [citado 3 de agosto de 2021]. p. s30-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001300005&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 18 ago. 2022.
- [6] Lins LS da S, Bezerra NVF, Freire AR, de Almeida L de FD, de Lucena EHG, Cavalcanti YW. Socio-demographic characteristics are related to the advanced clinical stage of oral cancer. *Med Oral Patol Oral y Cir Bucal* [Internet]. 2019;24(6): e759-63. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31655836/>>. Acesso em: 17 ago. 2022.
- [7] INCA. Estimativa 2020 - Síntese dos resultados e comentários. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/estimativa/sintese-de-resultados-e-comentarios>> Acesso em: 08 jul. 2022.
- [8] Schmidt BL, Dierks EJ, Homer L, Potter B. Tobacco smoking history and presentation of oral squamous cell carcinoma. *J Oral Maxillofac Surg*. 2004 Sep;62(9):1055-8. doi: 10.1016/j.joms.2004.03.010. PMID: 15346353. Disponível em:

<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15346353/#:~:text=Conclusions%3A%20The%20findings%20of%20this,tongue%20and%20floor%20of%20mouth>>. Acesso em: 17 ago. 2022.

[9] FREIRE, AR et al. Influence of public oral health services and socioeconomic indicators on the frequency of hospitalization and deaths due to oral cancer in brazil, between 2002–2017. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, [s. l.], v. 18, n. 1, p. 1–10, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.3390/ijerph18010238>>. Acesso em: 18 ago. 2022.

[10] Oliveira VCA, Oliveira SF, Mendes PHC, Santos ASF dos. Aplicação de ferramentas de abordagem familiar na Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Promoc Saúde* [Internet]. 6º de dezembro de 2017;30(4). Disponível em: <<https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6682>>. Acesso em: 20 ago. 2022.

[11] Hori AA, Nascimento A de F. O projeto terapêutico singular e as práticas de saúde mental nos núcleos de apoio à saúde da família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil. *Cienc e Saúde Coletiva*. 2014;19(8):3561–71. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/MJPK7QSnsM9wQ8vfkVYRJm/?lang=pt>>. Acesso em: 20 ago. 2022.

[12] Presidência da República. Lei nº 12.732 de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm>. Acesso em: 15 ago. 2022.

[13] INCA. Painei-Oncologia 2020. Intervalo de tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento oncológico dos casos de câncer de lábio e cavidade oral. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/publicacoes/relatorios/intervalo-de-tempo-entre-o-diagnostico-e-o-inicio-do-tratamento-oncologico>>. Acesso em: 20 ago. 2022.

Incontinência urinária pós-prostatectomia radical aberta: perfil clínico-epidemiológico em uma Unidade Oncológica do interior do Maranhão

Urinary incontinence after open radical prostatectomy: clinical-epidemiological profile in an Oncological Unit in the interior of Maranhão

Ilfran Magalhães Silva^{1*}
ilfransegundo@gmail.com

Aloiso Sampaio Souza²
aloisofilho@hotmail.com

Guilherme Martins Gomes Fontoura²
guilherme.fontoura@discente.ufma.br

Renata Pereira Almeida¹
renata.almeida@discente.ufma.br

Wherveson de Araújo Ramos³
wa.amos@discente.ufma.br

Ronaldo Vasconcelos Alencar¹
rvalencar75@gmail.com

Willian da Silva Lopes¹
willdsilopes@hotmail.com

***Autor correspondente**

¹Universidade Federal do Maranhão - UFMA,
Imperatriz- MA, Brasil.

²Instituto Tocantinense Presidente Antônio
Carlos - ITPAC Bragança, Bragança- PA, Brasil.

³Faculdade de Ciências Médicas do Pará-
FACIMPA, Marabá-PA, Brasil.

Revista Científica do ITPAC,
v. 16, n. 1, 2023.
ISSN: 1983-6708

Resumo

O câncer de próstata (CaP) é o sexto tipo de câncer mais frequente entre homens no mundo, representando aproximadamente 10% do total de casos. A prostatectomia aberta tem sido considerada o tratamento padrão ouro para CaP clinicamente localizado. No entanto, a incontinência urinária ocorre em 56-63% das pessoas que realizam esse procedimento. Este trabalho teve como objetivo descrever o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes com incontinência urinária pós-prostatectomia radical aberta devido ao CaP por acompanhamento em uma Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia. Trata-se de um estudo observacional, quantitativo, descritivo, correlacional e transversal. Desse modo, participaram do estudo 30 pacientes e a coleta de dados foi realizada a partir de entrevista e consulta aos prontuários. Ao final, observou-se que a maioria dos pacientes é idoso e casado (93,4%), de baixo nível escolar (80%) e socioeconômico (70,1%), que procuraram o serviço médico apenas quando apresentaram alguma sintomatologia referente ao CaP. Notou-se uma grande prevalência de incontinência urinária, levando à baixa autoestima e impacto na qualidade de vida. Assim, percebeu-se também, a necessidade de estratégias de informação sobre a importância da prevenção do CaP, a fim de abordar a assistência à saúde do homem na atenção básica com integralidade e efetividade.

Palavras-chave: incontinência urinária; neoplasias da próstata; prostatectomia.

Abstract

Prostate cancer (PC) is the sixth most common cancer among men in the world, representing approximately 10% of the total of all cases. Open prostatectomy has been considered the gold standard treatment for clinically localized PC. However, urinary incontinence occurs in 56-63% of people who undergo this procedure. This study aimed to describe the clinical-epidemiological profile of patients with urinary incontinence after open radical prostatectomy due to PCa by follow-up in a High Complexity Oncology Care Unit. This is an observational, quantitative, descriptive, correlational and cross-sectional study. Thus, 30 patients participated in the study and data collection was performed from interviews and consultation of medical prontuaries. At the end, it was observed that most patients are elderly and married (93.4%), with low educational (80%) and socioeconomic (70.1%) levels, who sought medical care only when they presented some symptoms related to PCa. A high prevalence of urinary incontinence was noted, leading to low self-esteem and impact on quality of life. Thus, it was also realized the need for information strategies on the importance of prevention of PCa, in order to approach health care for men in primary care with integrality and effectiveness.

Keywords: urinary incontinence; prostatic neoplasms; prostatectomy.

1. INTRODUÇÃO

Dentre todos os tipos de câncer, o câncer de próstata (CaP) é o sexto que ocorre com maior frequência entre homens em todo o mundo. Representando cerca de 10% destes e

ocorrendo em média em três a cada quatro casos de CaP e em sua maioria a partir dos 65 anos de idade (BRASIL, 2010). No que diz respeito à distribuição regional, com exceção os tumores de pele do tipo não melanoma, o CaP ocupa a primeira posição nas regiões brasileiras com uma estimativa

média de 62,95 casos novos a cada 100 mil habitantes (BRASIL, 2020).

A idade, raça e hereditariedade são alguns dos fatores de risco para o CaP. Além disso, os altos níveis de andrógenos hormonais e fatores nutricionais associados ao aumento exponencial no índice de massa muscular como uma dieta rica em lipídios, carne vermelha, bem como tabagismo e práticas de etilismo também influenciam o desenvolvimento do CaP (MEDEIROS *et al.*, 2011).

O rastreamento do CaP é realizado através da dosagem do PSA e toque retal em homens de 50 anos de idade ou mais e a partir dos 45 anos de idade se estes apresentarem algum fator de risco que esteja associado ao CaP (DAMIÃO *et al.*, 2015). Contudo, esses exames não são medidas preventivas para o CaP, são apenas auxiliares na detecção precoce da doença (MASAOKA *et al.*, 2017).

Em regiões onde o rastreio através do PSA não é realizado rotineiramente, os cânceres são frequentemente diagnosticados nas suas fases mais avançadas. E assim, após o diagnóstico, as decisões para o tratamento podem ser tomadas com base em níveis de risco, podendo ser terapias locais com intenção curativa, como procedimentos cirúrgicos (prostatectomia) e radioterapia (LUO, 2016).

Originalmente introduzido por Terrence Millin em 1945 e depois refinada por Patrick Walsh e colegas na década de 1980, a cirurgia de prostatectomia aberta é o tratamento padrão ouro de CaP clinicamente localizado (LOWRANCE *et al.*, 2010). Alguns cirurgiões realizam uma incisão transversal, conhecida como Pfannenstiel, usada na rotina por ginecologistas para diversos procedimentos pélvicos, como uma técnica de excelente exposição e melhores resultados estéticos do que uma incisão vertical (MANOHARAN *et al.*, 2004).

Essa técnica cirúrgica tem sido utilizada como alternativa à ressecção transuretral da próstata no tratamento da hiperplasia prostática benigna de casos em que a próstata apresenta-se com grande volume e naqueles em que coexistem outras patologias cirúrgicas como: cálculo vesical, divertículo vesical ou hérnia inguinal, permitindo a remoção completa do CaP, através da cirurgia aberta e reduzindo uma futura reintervenção (CASTRO *et al.*, 2013).

No entanto, esse procedimento está associado a morbidade agravante, incluindo sangramento, dor pós-operatória, tromboembolismos, incontinência urinária e impotência sexual (RASSWEILER *et al.*, 2003). Dentre estes, a incontinência urinária ocorre em 56-63% dos pacientes que realizam prostatectomias e apresenta-se como uma das maiores causas para perda da qualidade de vida. Com quadro clínico variando de incontinência leve à severa no pós-operatório precoce (< 6 semanas) (MUNGOVAN *et al.*, 2013).

Esta disfunção é resultado de uma lesão direta do esfíncter uretral ou pela denervação da bexiga. Dessa forma, o impacto sobre a qualidade de vida de um paciente com CaP pode ser diretamente proporcional ao grau da incontinência urinária que este manifesta (SANTOS *et al.*, 2017).

Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivo descrever o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes com incontinência urinária pós-prostatectomia

radical aberta em acompanhamento em uma Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON).

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, quantitativo, descritivo e correlacional, de corte transversal. A população foi constituída de 57 pacientes submetidos à prostatectomia radical aberta no período de janeiro de 2017 a dezembro de 2018 em um hospital com unidade oncológica (UNACON) na cidade de Imperatriz, localizada no sudoeste do estado do Maranhão. Município que, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), possui 1.368.988 km² e uma população estimada de 259.337 habitantes para o ano de 2020 (IBGE, 2020).

Como critérios de inclusão o paciente deveria: possuir diagnóstico de CaP localizado ou localmente avançado; ter realizado prostatectomia radical aberta retro púbica (com ou sem linfadenectomia); ter período mínimo de três meses de cirurgia e permanecer no quadro de incontinência urinária após esse período. Os critérios de exclusão foram: ter diagnóstico psiquiátrico de esquizofrenia ou transtorno bipolar, demência ou rebaixamento de consciência; apresentar condições cognitivas incapacitantes para compreender as questões do questionário; ter realizado a prostatectomia radical de resgate ou terapia adjuvante (tratamento hormonal, braquiterapia, radioterapia e quimioterapia); ausência de informações sobre o estadiamento clínico do tumor no prontuário e não ter desenvolvido quadro de incontinência urinária pós-prostatectomia ou ter desenvolvido algum grau de incontinência urinária por menos de 3 meses.

Participaram do estudo 30 pacientes, os quais atenderam todos os critérios determinados. A primeira parte da coleta de dados foi realizada a partir de entrevista em situação de privacidade logo após à leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), enfatizando o total anonimato e sigilo das informações coletadas, bem como o direito de não participação da pesquisa sem qualquer prejuízo ao tratamento.

Já a segunda parte da coleta foi desenvolvida junto ao serviço de arquivo médico do hospital com consulta aos prontuários a fim de obter informações sobre a história clínica e cirúrgica dos pacientes. Para este fim, foi requerida autorização do hospital para desenvolvimento deste trabalho mediante um Termo de Autorização junto à coordenação da UNACON.

As variáveis sociodemográficas e clínico-cirúrgicas foram: idade; etnia (branco, pardo, negro ou indígena); naturalidade; residência; procedência; estado civil (solteiro, casado ou viúvo); escolaridade; situação de trabalho (desempregado, empregado, autônomo ou aposentado); renda mensal média em salários mínimos (sem renda, variável, de 1 a 2 salários mínimos, de 2 a 3, de 3 a 4, de 4 a 5, 6 ou mais salários); tempo pós-cirúrgico; valor do PSA pré e pós-operatório (ng/ml); escore de Gleason; peso (kg), altura (m) e

IMC. Aspectos gerais de saúde e quadro de incontinência urinária foram avaliados a partir de entrevista padronizada, onde foram levantados questionamentos a respeito do controle urinário, perda de urina, uso de fraldas geriátricas, impacto da incontinência no cotidiano e prática de exercícios pélvicos, entre outros.

Para uma melhor didática de apresentação e análise estatística dos resultados, os pacientes da faixa etária abaixo dos 65 anos foram referenciados como Grupo 1 (G1) e os pacientes pertencentes à faixa etária acima dos 65 anos foram referenciados como Grupo 2 (G2).

A análise estatística foi realizada por meio de tabelas e variáveis descritivas (média, desvio-padrão e frequências), sendo utilizado o teste do qui-quadrado para verificar a associação entre as variáveis.

Para algumas associações específicas, foi utilizado também o teste exato de Fischer. Já para as variáveis peso, altura, IMC, PSA pré-operatório e PSA pós-operatório, foi utilizado o teste t de Student. Como também para amostras independentes, sendo verificada a aderência à normalidade dos dados através do teste Kolmogorov-Smirnov.

Os resultados foram considerados significativos em nível de significância máximo de 5% e nível de confiança para todos os testes de 95%. Para o processamento e a análise dos dados coletados, foi utilizado o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 19 e para a tabulação dos dados coletados foi construída uma tabela por meio do software Microsoft Office Excel 365.

O Projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) através da Plataforma Brasil, sendo aprovado pelo parecer consubstanciado de número 2.836.292 (CAAE: 89892218.0.0000.5087). Este estudo respeitou todos os aspectos éticos de acordo com a Resolução 466/12 sobre pesquisa envolvendo seres humanos.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste estudo, a idade dos participantes variou de 56 a 80 anos ($\pm 69,1$ anos). Dentre os pacientes com idade abaixo dos 65 anos, 44,4% apresentava-se acima do peso e 11,2% foi classificado como obesidade grau I. Já na faixa etária acima dos 65 anos, 85,7% encontrava-se dentro da faixa normal de peso. Os participantes do estudo residiam em oito cidades diferentes do interior do estado do Maranhão, tendo uma maior concentração de 36,6% na cidade de Imperatriz. Na pesquisa também houve uma maior porcentagem de homens pardos (60%) em relação a brancos (23,3%) e negros (16,7%). A amostra estudada foi composta, majoritariamente, de pacientes casados (93,4 %). Se tratando da escolaridade, com ensino fundamental incompleto tivemos uma porcentagem de 40% e a renda mensal de 1 a 2 salários mínimos em cerca de 70,1%. Apresentando a maior porcentagem. Quanto à situação de trabalho, a maioria era aposentado (83,4%), o que não

excluía outra possibilidade de fonte de renda, como o exercício de atividades autônomas.

Adiante, a análise das variáveis da Tabela 1 mostrou que dentre as características clínicas, o PSA pré-operatório apresentou importante significância ($p=0,001$) comparativa, sendo este diretamente proporcional à idade dos pacientes.

Tabela 1. Comparação entre faixa etária e características clínicas e antropométricas dos pacientes com incontinência urinária pós-prostatectomia radical aberta.

Variáveis	Faixa etária	N	Média	DP	P-valor*
Altura	<65 anos	9	1,66	0,07	0,277
	>65 anos	21	1,63	0,05	
Peso	<65 anos	9	72,33	11,43	0,228
	>65 anos	21	67,14	6,22	
PSA pré-operatório	<65 anos	9	7,42	4,88	0,001
	>65 anos	21	10,75	13,69	
PSA pós-operatório	<65 anos	9	0,01	0,00	0,991
	>65 anos	21	0,01	0,00	
Gleason	<65 anos	9	6,56	0,53	0,521
	>65 anos	21	6,71	0,64	
IMC	<65 anos	9	26,16	2,56	0,292
	>65 anos	21	25,18	2,17	

Fonte: Elaborada pelos autores, 2022.

*Teste T de Student, para amostras independentes.

Analisando a relação existente entre a concentração do PSA (ng/dL) e o resultado do escore de Gleason apresentado pelo estudo histopatológico da biópsia, pode-se perceber que são diretamente proporcionais. Na relação do PSA com a idade dos pacientes, essa proporcionalidade se mantém à medida que se progride para uma faixa de maior idade, sendo encontrados valores de PSA mais elevados (> 20 ng/dL) (Tabela 2).

Tabela 2. Relação da faixa etária e escore de Gleason da biópsia com o nível de PSA pré-operatório dos pacientes com incontinência urinária pós-prostatectomia radical aberta.

Variáveis	PSA (pré-operatório)						p-valor
	4 - 10		10,1 - 20		> 20		
	n	%	n	%	n	%	
Gleason							
3+3	9	40,9	3	50,0	0	0,0	0,188 ²
3+4	7	31,8	1	16,7	0	0,0	
4+3	5	22,7	2	33,3	1	50,0	
4+4	1	4,5	0	0,0	1	50,0	
Faixa etária							
50 - 60 anos	3	13,6	2	33,3	0	0,0	0,476 ²
61 - 70 anos	8	36,4	2	33,3	0	0,0	
71 - 80 anos	11	50,0	2	33,3	2	100,0	

Fonte: Elaborada pelos autores, 2022.

²Teste Qui-quadrado.

Quanto aos questionamentos a respeito dos cuidados com a saúde pessoal (Tabela 3), evidenciou-se que a grande maioria dos pacientes (55,6% - G1 e 95,2% - G2) raramente

procurava o médico para consultas de rotina. Tal comportamento é justificado principalmente por acreditarem que não havia necessidade, já que não estavam doentes (45,5% - G1 e 40% - G2) junto à falta de conhecimento a respeito da prevenção de doenças (27,3% - G1 e 34% - G2). A maioria (88,9%) dos pacientes abaixo dos 65 anos relataram histórico familiar de CaP.

Em contrapartida, 71,4% dos pacientes acima dos 65 anos afirmaram não possuir caso de CaP na família e à respeito do exame do toque retal para avaliação de rotina da próstata, apresentaram-se novamente resultados que se opõem. De acordo com a faixa etária, a maior parte (55,6%) do G1 já havia se submetido ao exame rotineiro; ao contrário do G2, onde 76,2% nunca havia realizado o exame. Contudo, essa oposição de resultados não se apresenta em relação à dosagem do PSA, pois 77,8% do G1 e 85,7% do G2 afirmaram que nunca haviam feito coleta de sangue para a dosagem do PSA e quando questionados sobre o momento de suspeita diagnóstica para o CaP, 88,9% do G1 e 100% do G2 afirmaram que tal suspeita ocorreu quando apresentaram sintomas geniturinários e procuraram o médico.

De acordo com os dados, a maioria dos pacientes apresentou um alto grau de incontinência urinária, onde 66,7% do G1 e 95,2% do G2 relataram estar sempre incontinentes. Como item de proteção contra a incontinência, todos os pacientes necessitam do uso de fraldas geriátricas, no qual 88,9% do G1 e 90,5% do G2 utilizam (em média) até quatro fraldas por dia, descartando-as com grande quantidade de urina retida. Além disso, a maioria (66,7% - G1 e 70% - G2) fez uso de medicamentos (sob prescrição médica) a fim de auxiliar na redução do nível de incontinência (Tabela 4).

Continuando, de acordo com o relato dos pacientes (66,7% - G1 e 71,4% - G2), foram necessárias grandes modificações no cotidiano após a instalação do quadro de incontinência urinária. As situações de perda de urina são variáveis, mas 56,3% do G1 e 42% do G2 relataram perda de urina ao tossir ou espirrar, situações que caracterizam em uma incontinência urinária de esforço em consequência do tratamento cirúrgico.

A frequência de perda de urina a cada 4 a 6 horas faz parte do quadro da maioria dos participantes (100% - G1 e 90,5% - G2), assim como a necessidade de levantar à noite devido à perda de urina (55,6% - G1 e 47,6% - G2). Além disso, 100% do G1 e 85,7 do G2 afirmaram sensação de bexiga vazia após a perda de urina.

No momento da micção, todos os pacientes afirmaram não existir atraso para iniciar, sendo que 77% do G1 e 81% do G2 apresentam um bom fluxo urinário. Todos os participantes do estudo relataram jamais terem realizado exercícios para o fortalecimento do assoalho pélvico após a cirurgia. Também afirmaram nunca ter apresentado quadro de incontinência urinária antes da prostatectomia.

Tabela 3. Distribuição da idade em relação aos cuidados com a saúde pessoal dos pacientes com incontinência urinária pós-prostatectomia radical aberta.

	G1*		G2*		p-valor
	N	%	N	%	
Antes do diagnóstico do câncer, com qual frequência você procurava o médico?					
Anualmente	3	33,3	1	4,8	0,025 ²
Raramente	5	55,6	20	95,2	
Semestralmente	1	11,1	0	0,0	
Caso raramente, qual motivo?					
Medo de descobrir alguma doença	1	9,1	3	6,0	-
Por achar que não precisa, pois não estava doente	5	45,5	20	40,0	
Falta de conhecimento sobre prevenção	3	27,3	17	34,0	
Falta de tempo disponível	1	9,1	7	14,0	
Vergonha	1	9,1	3	6,0	
Alguém da sua família tem ou teve câncer de próstata?					
Sim	8	88,9	6	28,6	0,002 ¹
Não	1	11,1	15	71,4	
Antes do diagnóstico do câncer, você já havia feito o exame do toque retal para a avaliação da próstata?					
Sim	5	55,6	5	23,8	0,115 ¹
Não	4	44,4	16	76,2	
Antes do diagnóstico do câncer, você já havia feito coleta de sangue para o exame de PSA?					
Sim	2	22,2	3	14,3	0,622 ¹
Não	7	77,8	18	85,7	
Em qual situação surgiu a suspeita diagnóstica para câncer de próstata?					
Em consulta anual de rotina.	1	11,1	0	0,0	0,300 ¹
Quando apresentei sintomas geniturinários e procurei o médico.	8	88,9	21	100,0	

Fonte: Elaborada pelos autores, 2022.

¹Teste exato de Fisher; ²Teste Qui-quadrado; *G1 = abaixo de 65 anos; *G2 = acima de 65 anos.

Foram levantados questionamentos em relação ao quadro de disfunção erétil: 66,7% do G1 e 76,2% do G2 afirmaram que não apresentavam disfunção erétil anteriormente à prostatectomia. Contudo, todos os pacientes relataram disfunção erétil após a cirurgia. Por fim, os participantes do estudo, em sua maioria, relataram baixa autoestima (77,8% - G1 e 76,2% - G2) não somente em relação ao quadro de disfunção erétil, mas principalmente no que diz respeito à incontinência urinária, responsável pela maioria dos transtornos enfrentados no cotidiano (Tabela 5).

Entre os fatores sociodemográficos considerados de risco, a maior parte da amostra deste estudo apresentou-se ter 65 anos de idade ou mais, corroborando com estudo onde verificaram que aproximadamente 62% dos casos diagnosticados no mundo ocorreram em homens nesta faixa etária (VIANA *et al.*, 2014).

Quanto à etnia, o grupo étnico majoritário nesse estudo foi dos autodeclarados pardos. E apesar de outros estudos apontarem o predomínio dessa doença em homens autodeclarados brancos (PAIVA *et al.*, 2010), estatísticas mundiais apontam a predominância do Cap em indivíduos não brancos (IARC, 2012). Porém, fazemos um adendo sobre a etnia do local de estudo que é predominantemente negra e parda (IBGE, 2020), explicando assim o perfil encontrado neste estudo.

Em relação à baixa escolaridade identificada na amostra estudada, esta pode estar relacionada a prevalência dos idosos cujas famílias na primeira metade do século passado priorizavam a sobrevivência à escolarização. Entretanto, a associação desse fator ao baixo nível socioeconômico pode ter interferido negativamente na busca por conhecimentos em saúde, principalmente sobre o CaP e suas complicações (GOMES, 2008).

Destaca-se que a maioria dos pacientes estudados residem no município onde se localiza a Unidade Oncológica. Isso resulta em facilidade no acesso ao serviço de saúde bem como o estabelecimento de maior vínculo, possibilitando um melhor acompanhamento e monitoramento clínico do paciente, além de minimizar as chances de abandono do tratamento (KUEHN, 2012).

Ao analisar o IMC dos pacientes, a maioria se apresentou eutróficos. A obesidade pode influenciar potencialmente o desenvolvimento do CaP, ocasionando alterações como resistência insulínica, alteração no perfil lipídico, inflamação e aumento de estrógenos (BAADE *et al.*, 2012).

No presente estudo, a comparação entre as faixas etárias determinadas e a média dos valores de PSA pré-operatório mostrou que os valores do PSA são proporcionais as maiores faixas etárias. Tal resultado converge com estudos semelhantes, uma vez que o valor do PSA apresenta uma tendência natural de elevar-se a medida em que o homem se aproxima da senilidade (MOROTE *et al.*, 2016; BAROUKI, 2011).

Diante disso, a redução do valor de referência do PSA para a suspeita de câncer de acordo com a idade aumenta a sensibilidade. Uma pesquisa realizada na Áustria, apontou que um a cada quatro pacientes com PSA entre 2,5 e 4,0 ng/mL, pode ser diagnosticado com câncer de próstata a partir da biópsia; e, além disso, mais da metade das lesões encontradas nesses pacientes referem tumores agressivos detectados em uma janela de oportunidade de cura (BERGER *et al.*, 2005).

O escore de Gleason trata-se de uma análise anatomopatológica do tecido prostático obtido por cirurgia ou biópsia. O resultado é representado pela soma das duas graduações de Gleason. A graduação deste escore refere-se ao padrão arquitetural do câncer de próstata, sendo que 1 corresponde a uma arquitetura tecidual bem diferenciada e 5 uma arquitetura pobremente diferenciada (LÖBLER *et al.*, 2012).

Dessa forma, a somatória com valores entre 8 a 10 têm mais chances de recorrência após tratamento primário e maior letalidade quando comparados com valores entre 2 a 6. Em contrapartida, Gleason 7 compreende um grupo heterogêneo; pois, quando advém de 4+3, enquadra-se no grupo de escore mais alto. E, quando decorre de 3+4, pertence ao grupo de escore de Gleason mais baixo (LÖBLER *et al.*, 2012).

Neste estudo, foi possível detectar uma relação direta entre os resultados do escore de Gleason das biópsias com os valores de PSA pré-operatório dos pacientes. Os valores mais elevados de PSA foram diretamente proporcionais aos valores de Gleason. Esses dados corroboram aos encontrados em uma pesquisa onde os autores associaram tal relação proporcional a gravidade do câncer, o aumento das chances de recidivas e, consequentemente, o aumento do risco de morte pelo câncer (NASSIF *et al.*, 2009).

A maioria dos homens participantes da pesquisa apresentou baixa frequência de consultas ao médico, tendo como principais motivos a crença de não haver necessidade e falta de conhecimento sobre prevenção. Esse resultado pode estar relacionado há uma associação do “ser homem” à resistência à doença, menor cuidado de si e ao papel de provedor, além das dificuldades relacionadas a busca aos serviços de saúde (LUCIANO *et al.*, 2018). No que diz respeito aos exames de rastreio do CaP nota-se uma grande evasão por parte da maioria dos pacientes. Apesar disso, 55,6% dos participantes abaixo dos 65 anos, afirmaram ter realizado exame de toque retal antes do diagnóstico do câncer.

Um estudo realizado no estado de São Paulo, verificaram que 44,4% dos homens acima dos 50 anos, nunca haviam realizado o toque retal ou a dosagem do PSA (AMORIM *et al.*, 2011), demonstrando um percentual semelhante (55,6%) ao presente estudo. Por outro lado, um estudo anterior apontou que a realização desses exames se mostrou mais prevalente na faixa etária acima dos 70 anos, associado ao aparecimento de comorbidades que surgem com processo do envelhecimento, aumentando a procura pelos serviços de saúde (RUTTEN *et al.*, 2005).

A partir da entrevista, constatou-se que a maioria dos pacientes se queixaram de uma incontinência urinária constante, o que gerou impacto negativo na qualidade de vida através do uso fraldas geriátricas e medicamentos. Estudos mostram que a incontinência urinária pode apresentar-se leve a moderada entre os pacientes prostatectomizados, principalmente entre aqueles com pequeno tempo pós-cirúrgico. Ademais, há maior prevalência de incontinência

urinária nos primeiros seis meses, com tendência a reduzir a perda urinária progressiva (BERNARDES *et al.*, 2019; ANG *et al.*, 2014).

A noctúria também se apresentou como um transtorno para os pacientes desta pesquisa. A noctúria aparece como uma das queixas mais frequentes em pacientes submetidos a prostatectomia radical aberta, seguido da frequência urinária e urgência miccional (BERNARDES *et al.*, 2019). Esses sintomas são característicos da hiperatividade do detrusor e quando associados à disfunção esfinteriana representam a causa de 23% a 42% dos casos de incontinência urinária pós-prostatectomia. A disfunção esfinteriana pode ser desenvolvida pela desvascularização ou denervação da bexiga (HOYLAND *et al.*, 2014).

Todos os pacientes entrevistados nesta pesquisa apresentaram disfunção erétil pós-prostatectomia. Corroborando com estes resultados, verificou-se na literatura uma taxa de 83% de pacientes com disfunção erétil pós-prostatectomia radical (CORNICK *et al.*, 2015). A prostatectomia radical pode reduzir a função erétil em cerca de 60% dos pacientes que foram submetidos à cirurgia no período de dois anos. Durante o procedimento, os feixes nervosos e a musculatura lisa podem ser afetados, comprometendo a ereção peniana (BERNARDES *et al.*, 2019).

A grande maioria dos pacientes afirmou apresentar baixa autoestima, não apenas relacionada à condição de disfunção erétil, mas principalmente devido à incontinência urinária, interferindo na qualidade de vida desses homens. A incapacidade de controle vesical tem causado ansiedade nos pacientes, gerando sentimento de perda do controle da vida, sobretudo, constrangimento e desconforto, prejudicando seu desempenho profissional e a socioafetivo (STINESEN KOLLBERG *et al.*, 2018).

Este estudo apresenta algumas limitações, em primeiro lugar, as informações sobre incontinência urinária podem subestimar sua prevalência, uma vez que manifestar sua percepção sobre a perda urinária pode trazer constrangimento e vergonha. Além disso, esse grupo também pode perceber a perda urinária como parte natural do processo de envelhecimento, visto que há grande prevalência de incontinência urinária em idosos (BERNARDES *et al.*, 2019). Ademais, é importante realizar estudos com amostra maior, a fim de verificar e comparar diferentes perfis sociodemográficos e de saúde, ampliando e generalizando os resultados.

4. CONCLUSÃO

Neste estudo observou-se que a maioria dos pacientes é idoso, casado, com baixo nível escolar e socioeconômico que procuraram o serviço médico apenas quando apresentaram alguma sintomatologia referente ao CaP. Ademais, devido ao tratamento cirúrgico do CaP, verificou-se um alto grau de incontinência urinária nesses pacientes, fato este que se apresenta como um fator de impacto na autoestima e qualidade de vida destes homens.

Dessa forma, percebe-se a necessidade de desenvolvimento de estratégias de informação para o binômio homem-família sobre a importância de uma atitude positiva em relação à prevenção de doenças.

Assim, o presente estudo remete reflexões sobre a abordagem da assistência à saúde do homem, mostrando a importância de detectar precocemente os casos de CaP e ao mesmo tempo promover saúde de maneira mais integral e efetiva.

REFERÊNCIAS

- AMORIM, V. M. *et al.* Fatores associados à realização dos exames de rastreamento para o câncer de próstata: um estudo de base populacional. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 27, n. 2, p. 347-356, 2011.
- ANG, W. *et al.* Effectiveness of preoperative pelvic floor muscle training for urinary incontinence after radical prostatectomy: A meta-analysis. *BMC Urology*, v. 14, n. 1, p. 1-8, 2014.
- BAADE, P. D. *et al.* Estimating the future burden of cancers preventable by better diet and physical activity in Australia. *Medical Journal of Australia*, v. 196, n. 5, p. 337-340, 2012.
- BAROUKI, M. P. Rastreamento do câncer de próstata em homens acima de 50 anos através do exame diagnóstico de PSA. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, v. 3, n. 2, 2011.
- BERGER, A. P. *et al.* Longitudinal PSA changes in men with and without prostate cancer: Assessment of prostate cancer risk. *Prostate*, v. 64, n. 3, p. 240-245, 2005.
- BERNARDES, M. F. V. G. *et al.* Impact of urinary incontinence on the quality of life of individuals undergoing radical prostatectomy. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 27, n. 0, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2010: Incidência de Câncer no Brasil: Síntese de Resultados e Comentários. Rio de Janeiro: INCA, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2020: Incidência de Câncer no Brasil: Síntese de Resultados e Comentários. Rio de Janeiro: INCA, 2020.

CASTRO, P. R. DE *et al.* Laparoscopic retropubic prostatectomy: initial experience. *Revista Médica de Minas Gerais*, v. 23, n. 2, p. 181-184, 2013.

CORNICK, S. MAC *et al.* Impact of Radical Prostatectomy on Urinary Incontinence, Erectile Dysfunction and General Quality of Life. *Journal of Biosciences and Medicines*, v. 03, n. 08, p. 62-75, 2015.

DAMIÃO, R. *et al.* Câncer de próstata. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, v. 14, n. 0, p. 80-86, 2015.

GOMES, R. E. AL. The touched masculinity: a discussion about the digital rectal exam for prostate cancer prevention. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 13, n. 6, p. 1975-1984, 2008.

HOYLAND, K. *et al.* Post-radical prostatectomy incontinence: etiology and prevention. *Reviews in urology*, v. 16, n. 4, p. 181-188, 2014.

IARC. International Agency for Research on Cancer, World Health Organization. Study finds prostate cancer increasing in most countries. Rates remain highest in highest income regions of the world. Press Release, n. 209. Disponível em: <http://www.iarc.fr/en/media-centre/pr/2012/pdfs/pr209_E.pdf> Acesso em: 10 de dez de 2020.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Estimativas da População Residente no Brasil e Unidades da Federação com Data de Referência em 1º de julho de 2020, 2020. Disponível em: <https://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2020/estimativa_dou_2020.pdf> Acesso em: 01 de dez de 2020.

KUEHN, B.M. Veterans health system cited by experts as a model for patient-centered care. *JAMA*, v. 307, n. 5, p. 442-443, 2012.

LÖBLER R. *et al.* Avaliação do Escore de Gleason como fator prognóstico em pacientes com câncer de próstata em hormônioterapia. *Revista Brasileira de Oncologia Clínica*, v. 8, n. 27, p. 21-23, 2012.

LOWRANCE, W. T.; TARIN, T. V; SHARIAT, S. F. Evidence-based comparison of robotic and open radical prostatectomy. *The Scientific World Journal*, v. 10, p. 2228-37, 2010.

LUCIANO, R. *et al.* Um novembro não tão azul: debatendo rastreamento de câncer de próstata e saúde do homem. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 22, n. c, p. 251-262, 2018.

LUO, J. Non-invasive actionable biomarkers for metastatic prostate cancer. *Asian Journal of Urology*, v. 3, n. 4, p. 170-176, 2016.

MANOHARAN, M. *et al.* Modified Pfannenstiel approach for radical retropubic prostatectomy. *Urology*, v. 64, n. 2, p. 369-371, 2004.

MASAOKA, H. *et al.* Potential overtreatment among men aged 80 years and older with localized prostate cancer in Japan. *Cancer Science*, v. 108, n. 8, p. 1673-1680, 2017.

MEDEIROS, Adriane Pinto de; MENEZES, Maria de Fátima Batalha de; NAPOLEAO, Anamaria Alves. Fatores de risco e medidas de prevenção do câncer de próstata: subsídios para a enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 64, n. 2, p. 385-388, 2011.

MOROTE, J.; MALDONADO, X.; MORALES-BÁRRERA, Câncer de próstata. *Medicina Clínica*, v. 146, n. 3, p. 121-127, 2016.

MUNGOVAN, S. F. *et al.* Relationships between perioperative physical activity and urinary incontinence after radical prostatectomy: an observational study. *BMC urology*, v. 13, p. 67, 2013.

NASSIF, A. E. *et al.* Perfil epidemiológico e fatores prognósticos no tratamento cirúrgico do adenocarcinoma de próstata clinicamente localizado. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, v. 36, n. 4, p. 327-331, 2009.

PAIVA, E. P.; DA MOTTA, M. C. S.; GRIEP, R. H. Conhecimentos, atitudes e práticas acerca da detecção do câncer de próstata.

ACTA Paulista de Enfermagem, v. 23, n. 1, p. 88-93, 2010.

RASSWEILER, J. *et al.* Laparoscopic Versus Open Radical Prostatectomy: A Comparative Study at a Single Institution. The Journal of Urology, v. 169, n. 5, p. 1689-1693, 2003.

RUTTEN, L. J. F. *et al.* Factors associated with men's use of prostate-specific antigen screening: evidence from Health Information National Trends Survey. Preventive medicine, v. 40, p. 461-468, 2005.

SANTOS, A. C. S. *et al.* Artificial urinary sphincter for urinary incontinence after radical prostatectomy: A historical cohort from 2004 to 2015. International Brazilian Journal of Urology, v. 43, n. 1, p. 150-154, 2017.

STINESEN KOLLBERG, K. *et al.* Social constraints and psychological well-being after prostate cancer: A follow-up at 12 and 24 months after surgery. Psycho-Oncology, v. 27, n. 2, p. 668-675, 2018.

VIANA, M. *et al.* Perfil Epidemiológico Do Homem Com Câncer De Próstata Atendido Em Um Hospital Universitário. Cogitare Enfermagem, v. 19, n. 2, p. 333-340, 2014.

Perfil de mulheres que realizaram pré-natal em Unidades Básicas de Saúde em São Luís, Maranhão

Profile of Women Who Received Prenatal Care at Basic Health Units in São Luís, Maranhão

Lívia Pestana Araújo¹

livialpa@hotmail.com

Adriana Sousa Rêgo¹

adricefs@yahoo.com.br

Janaina Maiana Abreu Barbosa¹

jana_mayana@hotmail.com

Cristina Nitz da Cruz¹

cristinanitzcruz@gmail.com

Márcia Rodrigues Veras Batista¹

mroveras1@hotmail.com

Wellyson da Cunha Araújo Firmo^{1,2}

well_firmo@hotmail.com

Yuri Alfredo Araújo Mendonça Silva¹

yaraujomendonca@gmail.com

Flor de Maria Araújo Mendonça Silva^{1*}

floragyhn@gmail.com

***Autor correspondente**

¹Universidade Ceuma – UniCeuma,
São Luís- MA, Brasil

²Universidade Estadual da Região Tocantina do
Maranhão – UEMASUL,
Imperatriz- MA, Brasil

Revista Científica do ITPAC,

v. 16, n. 1, 2023.

ISSN: 1983-6708

Resumo

O pré-natal é um conjunto de ações preventivas, promotoras de saúde, diagnósticas e curativas que visam o bom desfecho da gestação para a mulher e seu(s) filho(s). O objetivo do texto foi verificar os dados da anamnese do cartão da gestante e o perfil dessas mulheres que realizaram o pré-natal em distrito de saúde de São Luís, Maranhão, através de estudo analítico com 60 gestantes. Foi utilizado questionário que abordava questões socioeconômicas, demográficas, variáveis clínicas e o preenchimento do cartão da gestante no aspecto da anamnese. A análise dos dados foi através de estudo descritivo. Observou-se que 53,33% das gestantes que realizaram o pré-natal em até ≤ 6 consultas, 60,00% tinham idade entre 26 a 34 anos, com ensino médio (58,33%), vivem com menos que um salário mínimo (60,00%), encontravam-se solteiras (48,33%). Nas variáveis clínicas, 100,00% relataram não apresentar diabetes e 1,67% relatou ser hipertensa, 93,33% das gestantes não apresentam o hábito de fumar e 16,67% prática alguma atividade física. Quanto aos aspectos do preenchimento das variáveis analisadas, apresentação fetal e o batimento cardíaco fetal foi abaixo de 70,00%. O estudo do perfil das gestantes é um fator preponderante para melhoria da atenção ao pré-natal e o correto preenchimento das informações corrobora para essa melhoria.

Palavras-chave: atenção primária; gestação; pré-natal.

Abstract

Prenatal care is a set of preventive, health-promoting, diagnostic, and curative actions aimed at a good pregnancy outcome for the woman and her child(ren). The objective of the text was to verify the anamnesis data from the pregnant woman's card and the profile of these women who had prenatal care in a health district of São Luís, Maranhão, through an analytical study with 60 pregnant women. A questionnaire was used that addressed socioeconomic and demographic questions, clinical variables, and the completion of the pregnant woman's card in the anamnesis aspect. The data analysis was through a descriptive study. It was observed that 53.33% of the pregnant women who had prenatal care had ≤ 6 consultations, 60.00% were between 26 and 34 years old, had a high school education (58.33%), live on less than one minimum wage (60.00%), were single (48.33%). In the clinical variables, 100.00% reported not having diabetes and 1.67% reported being hypertensive, 93.33% of pregnant women do not have the habit of smoking and 16.67% practice some physical activity. As for the aspects of filling out the variables analyzed, fetal presentation and fetal heartbeat was below 70.00%. The study of the pregnant women's profile is a preponderant factor for the improvement of prenatal care, and the correct filling out of information corroborates this improvement.

Keywords: primary health care; gestation; prenatal care.

1. INTRODUÇÃO

A atenção à saúde materno-infantil teve constantes investimentos no Brasil com a instituição do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), a implantação da Rede Cegonha e a recente Política Nacional de

Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC).^[1] O PHPN visa assegurar acesso universal à atenção de qualidade à gestação, ao parto, ao puerpério e ao período neonatal; além de reduzir as taxas de morbimortalidade materna e perinatal como também complementar medidas já adotadas para aprimorar a assistência à gestante.^[2]

O pré-natal se constitui em um conjunto de ações que são simultaneamente preventivas, promotoras de saúde, diagnósticas e curativas, visando o bom desfecho da gestação para a mulher e seu (s) filho (s)^[3]. Sendo o início precoce do pré-natal, assim como sua condução de forma adequada, importante para garantir a saúde e reduzir a morbidade e mortalidade da mãe e do feto.^[4]

A consulta de pré-natal quando não é percebida pelas gestantes como um momento de acolhimento, cuidado e ações educativas, pode diminuir a satisfação e confiança de gestante no profissional que se encontra conduzindo seu pré-natal.^[5] As alterações fisiológicas que a gravidez desencadeia são capazes de produzir diversas manifestações no organismo da mulher que podem ser percebidas como doenças pelas mulheres na maioria das vezes. Baseado nisso, cabe ao profissional de saúde orientar e interpretar corretamente essas situações de forma a não banalizar as queixas apresentadas.^[6]

Assim, foi implantado o cartão da gestante onde todas as equipes de saúde têm informações necessárias, incluindo dados de identificação, histórico médico e de consultas anteriores. Exames realizados e intercorrências que são registradas e compartilhadas quando a gestante apresenta o cartão durante as consultas de pré-natal e durante o parto.^[2] O cartão da gestante apresenta um conjunto de orientações e procedimentos de ampla importância na atenção pré-natal; como informações sobre as modificações do organismo materno e o desenvolvimento do bebê, dicas para uma gravidez saudável e sinais de alerta, orientações sobre trabalho de parto e parto, sugestões para o sucesso da amamentação, espaço para o registro de atividades educativas, consulta odontológica e pré-natal do parceiro.^[7]

Desse modo, confirma-se a importância da adequada assistência pré-natal que consiste em prevenir, diagnosticar e tratar eventos indesejáveis na gestação, no parto e no puerpério. Essa atenção qualificada é fundamental para a redução da morbimortalidade materna e infantil, portanto, a qualidade desses cuidados está diretamente relacionada à saúde integral de mães e de conceitos.^[8] Dessa forma, considera-se importante realizar a análise das informações coletadas no cartão da gestante e a sua avaliação de acordo com padrões de classificação que indiquem a adequação dessa assistência. Além disso, destaca-se a importância de investigar se a adequação da assistência pré-natal ou puerperal está relacionada, de alguma forma, à incidência de indicadores de gravidade, de forma a propor ações para melhorias e prevenção de óbito.^[9]

Nesse sentido, a análise do cartão da gestante possibilita investigar a qualidade da assistência pré-natal ao fornecer importantes parâmetros sobre o acompanhamento prestado. O correto preenchimento do cartão da gestante pelos profissionais envolvidos na assistência pré-natal pode proporcionar um atendimento mais seguro e que contemple as necessidades da gestante.^[10]

Diante desse contexto e da importância dos registros das informações oriundas da consulta do pré-natal, o presente estudo teve como objetivo verificar os dados da anamnese do cartão da gestante e o perfil dessas mulheres que realizaram o

pré-natal em um distrito de saúde do município de São Luís no estado do Maranhão.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo analítico realizado com gestantes no Distrito Sanitário do Tirirical no município de São Luís no estado do Maranhão, especificadamente nas Unidades Básica de Saúde Dra. Nazaré Neiva no bairro São Raimundo e na Dra. Maria Ayrecilla no bairro Cidade Olímpica, no período de janeiro a dezembro de 2019. A rede de saúde do município de São Luís é dividida em Distritos Sanitários de acordo com a localização das unidades de saúde, para facilitar a gestão, constando com sete distritos.

Foram entrevistadas 60 gestantes com amostra não probabilística e por conveniência, tendo como critério de inclusão as gestantes com idade igual ou superior a 18 anos que estavam no momento da entrevista com o cartão da gestante e se encontravam da oitava à nona semanas de gestação e que aceitaram participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para coleta de dados foi utilizado um questionário estruturado que abordava questões socioeconômicas e demográficas (idade, escolaridade, renda salarial, raça/cor, estado civil, número de pessoa que mora na residência e saneamento) e variáveis clínicas (diabetes, hipertensão arterial, tabagismo e atividade física) no qual foi analisado o preenchimento do cartão da gestante no aspectos da anamnese relacionados aos parâmetros clínicos (queixa principal, idade gestacional, peso, pressão arterial, altura uterina, apresentação fetal, batimento cardíaco fetal e conduta).

Os dados levantados foram digitados e analisados no software STATA 14.0 (Stata Corp., College Station, Texas, EUA). A estatística descritiva incluiu cálculo de frequências absolutas e relativas (percentuais) e as variáveis qualitativas foram apresentadas por meio de frequências absolutas e percentuais.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade CEUMA com o número do parecer 2.586.801, seguindo os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/12 da Comissão Nacional de Saúde.^[11]

3. RESULTADOS

O Gráfico 1 mostra a categorização do número de consultas, sendo que 32 (53,33%) das gestantes realizaram o pré-natal em até ≤ 6 consultas.

Observa-se na Tabela 1, que, 36 (60,00%) tinham idade entre 26 a 34 anos, com nível educacional de ensino médio com 35 (58,33%), vivem com menos que um salário mínimo sendo 36 (60,00%), se auto-referenciam como parda, 41 (68,33%), encontravam-se solteiras, 29 (48,33%), convivem com até 3 pessoas com 30 (50,00%) e em sua moradia/rua apresenta saneamento básico com 54 (90,00%).

Sobre as variáveis clínicas, 60 (100,00%) relataram não apresentar Diabetes e somente 1 (1,67%) relatou ser hipertensa,

56 (93,33%) das gestantes não apresentam o hábito de fumar e apenas 10 (16,67%) prática alguma atividade física (Tabela 2).

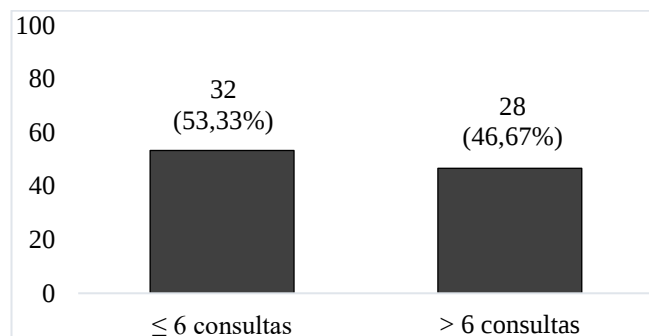


Gráfico 1. Distribuição das consultas de pré-natal realizadas por gestantes de distritos de saúde de São Luís, Maranhão
Fonte: Autores, 2019.

Tabela 1. Distribuição das variáveis socioeconômicas e demográficas de gestantes que realizaram o pré-natal em distritos de saúde de São Luís, Maranhão.

VARIÁVEIS	Nº	%
Idade		
18 a 25 anos	5	8,33
26 a 34 anos	36	60,00
35 a 45 anos	19	31,67
Escolaridade		
Ensino Fundamental	16	26,67
Ensino Médio	35	58,33
Ensino Superior	9	15,00
Renda salarial		
Sem renda	4	6,67
Menor que 1 salário mínimo	36	60,00
De 1 a 3 salários mínimos	20	33,33
Raça/Cor		
Branca	8	13,33
Parda	41	68,33
Negra	11	18,33
Estado civil		
Solteira	29	48,33
Casada	13	21,67
União estável	18	30,00
Número de pessoa que mora na residência		
Mora sozinha	2	3,33
1 a 3 pessoas	30	50,00
4 a 7 pessoas	28	46,67
Saneamento		
Sim	54	90,00
Não	6	10,00

Fonte: Autores, 2019.

A Tabela 3 apresenta informações de variáveis encontradas na caderneta da gestante quanto aos aspectos do preenchimento desses dados. Em relação a queixa principal, 54 (90,00%) foram informados e a idade gestacional, 53 (88,33%),

também. Em relação ao peso e a pressão arterial ambos foram preenchidos em 55 (91,67%) das cadernetas. A altura uterina teve um preenchimento de 44 (73,33%), a apresentação fetal de 37 (61,67%), o batimento cardíaco fetal de 27 (45,00%) e a conduta de 52 (86,67%). Nota-se que, dessas variáveis analisadas, apresentação fetal e o batimento cardíaco fetal o seu preenchimento foi abaixo de 70,00%.

Tabela 2. Distribuição das variáveis clínicas de gestantes que realizaram o pré-natal em distritos de saúde de São Luís, Maranhão.

VARIÁVEIS	Nº	%
Diabetes		
Sim	0	0,00
Não	60	100,00
Hipertensão arterial		
Sim	1	1,67
Não	59	98,33
Tabagismo		
Sim	4	6,67
Não	56	93,33
Atividade física		
Sim	10	16,67
Não	50	83,33

Fonte: Autores, 2019.

Tabela 3. Distribuição do preenchimento das variáveis anamnese do cartão das gestantes que realizaram o pré-natal em distritos de saúde de São Luís, Maranhão.

VARIÁVEIS	Nº	%
Queixa principal		
Sim	54	90,00
Não	6	10,00
Idade gestacional		
Sim	53	88,33
Não	7	11,67
Peso		
Sim	55	91,67
Não	5	8,33
Pressão arterial		
Sim	55	91,67
Não	5	8,33
Altura uterina		
Sim	44	73,33
Não	16	26,67
Apresentação fetal		
Sim	37	61,67
Não	23	38,33
Batimento cardíaco fetal		
Sim	27	45,00
Não	33	55,00
Conduta		
Sim	52	86,67
Não	8	13,33

Fonte: Autores, 2019.

4. DISCUSSÃO

A gravidez é um dos momentos na vida da mulher em que ela vivencia uma gama de sentimentos. É durante a gravidez que, se desejada, traz alegria; porém, se não esperada pode gerar surpresa, tristeza, e até mesmo negação.^[12] Independente do contexto, é necessário realizar o pré-natal, que de acordo com Araújo et al. ^[13] consiste no acompanhamento da gestante, servindo como um momento de aprendizagem para a mulher e sua família. Permitindo, ainda, detectar anormalidades com a mãe e a criança.

No presente estudo, observou-se que a maioria das mulheres realizaram ≤ 6 consultas (Gráfico 1). Informação preocupante visto que de acordo com o Ministério da Saúde^[14] recomenda que sejam realizadas no mínimo seis consultas. Viellas et al. ^[15] apontam que falhas na atenção pré-natal levam ao baixo número de consultas, o que acaba prejudicando a qualidade e a efetividade da assistência.

Além de que, os estudos de Gomes ^[16] e Polgliane et al. ^[17] mostram que as falhas na atenção pré-natal, dificuldade de acesso, início tardio, baixo número de consultas e orientações escassas durante o processo gestacional favorecem o aumento da morbimortalidade materna e neonatal.

No estudo de Gonçalves et al. ^[18] 81,7% das gestantes realizaram 6 ou mais consultadas e houve significância estatística entre receber orientação para o parto e o número de consultas pré-natais realizadas, dados importantes para a qualidade do pré-natal e que difere dos dados obtidos no presente trabalho (Gráfico 1).

Domingues et al. ^[19] levantaram que as avaliações da assistência que têm como base o número de consultas de pré-natal podem esconder graves problemas na qualidade, subestimando a efetividade do cuidado prestado.

Em relação as variáveis socioeconômicas e demográficas (Tabela 1) no que se refere a idade, o presente estudo está em consonância com o trabalho de Anjos e Boing ^[20] em que a idade média das gestantes entrevista foi de 26 anos. Essa faixa etária observada nas gestantes entrevistadas, pode estar relacionada a esse período por as mulheres estarem sexualmente ativas e por possuírem o desejo de ser mãe.

Andrade et al. ^[21] indicam maior adesão à assistência pré-natal entre mulheres acima de 40 anos de idade por conta da maior prevalência de complicações maternas e fetais. Nota-se nesse estudo que as gestantes entrevistadas apresentavam em sua maioria idade menor que 40 anos.

O nível de escolaridade é um fator importante para adesão ao pré-natal. Nota-se que no presente estudo a maioria das gestantes tinham o ensino médio (Tabela 1). Osorio, Tovar e Rathmann ^[22] constataram que níveis mais altos de escolaridade (ensino superior) refletiram em maior acesso e prática de consultas no pré-natal durante a gestação. Assim, mães com maior nível de escolaridade conseguem compreender melhor as informações e as ações que ocorrem ao seu redor e são mais capacitadas para buscarem, processarem e colocarem em prática o conhecimento a que têm acesso. ^[20]

Em relação a renda salarial, a maioria das gestantes do estudo são baixa renda (Tabela 1). A baixa renda é um dos fatores de risco no período gestacional de acordo com Oliveira

e Campelo. ^[23] Aguiar et al. ^[24] observaram em seu estudo que as gestantes tinham como renda salarial de 1 a 2 salários mínimos, considerado baixa renda e assemelhando aos dados encontrados nesse estudo.

As gestantes que no estudo se autodeclararam parda (Tabela 1) mostram um ponto que merece ser destacado de acordo com Pereira et al. ^[25]: as gestantes de raça parda, além da predisposição genética para determinadas doenças (hipertensão, diabetes, anemia), enfrentam também uma série de problemas no decorrer da gestação, influenciados por determinantes sociais da saúde.

O estado civil relatado no estudo (Tabela 1), difere-se do trabalho de Andrade, Castro e Silva ^[5] em que a maioria das gestantes estavam vivendo com seus companheiros eram casadas ou viviam em união estável. Para Aguiar et al. ^[24] a mulher que viver sem companheiro durante a gravidez pode apresentar transtornos emocionais, além de apresentar um déficit na estrutura econômica familiar. O que pode trazer risco à gestação, acarretando complicações para o feto ao nascer, dentre eles o baixo peso.

Sobre a variável saneamento, as gestantes relataram em sua maioria que onde residem, existem os aspectos básicos mínimos de saneamento (Tabela 1). Informação importante, pois segundo Barrocas, Moraes e Sousa ^[26] as doenças relacionadas ao saneamento inadequado vitimam populações vulneráveis no mundo inteiro. E para Almeida, Cota e Rodrigues ^[27] estabelecer a relação, entre ambiente e saúde, é importante para que haja maior prevenção de agravos à saúde.

Sobre as variáveis clínicas o estudo evidenciou que a maioria das gestantes não relataram apresentar diabetes, hipertensão arterial ou tabagismo (Tabela 2). Entretanto, o estudo de Sampaio, Rocha e Leal ^[28] verificaram 2,5% de gestantes com diabetes e o trabalho de Konopka et al. ^[29] e evidenciou 3,5% das gestantes com hipertensão arterial no Hospital Universitário de Santa Maria, no Rio Grande do Sul, dados que são divergentes do presente estudo.

Diante desse contexto, os dados observados nessa pesquisa, são interessantes e importantes no que tange a ausência dessas condições por poder ter diminuição de eventos adversos nas gestantes entrevistadas; tais como infecções sexualmente transmissíveis, doenças crônicas, entre outras. Pois, de acordo com Aquino e Souto ^[30], a hipertensão arterial, diabetes mellitus, obesidade, entre outras condições, são fatores de risco que podem tornar o prognóstico materno e fetal desfavorável. E, a hipertensão gestacional e o diabetes mellitus gestacional são condições específicas do ciclo gravídico-puerperal e compõem os principais motivos de morbimortalidade materna e perinatal. ^[31]

A detecção do diabetes gestacional é recomendada pelo risco aumentado de desfechos adversos materno-fetais. Como a cesariana, a pré-eclâmpsia, a prematuridade, a macrosomia, a distócia de ombro, a hipoglicemia e a morbidade perinatal. ^[32] Assim como a hipertensão arterial, pois se trata de uma complicação comum da gravidez e uma das principais causas de morbimortalidade materna e neonatal. ^[31] O diagnóstico e manejo correto dessas patologias

é crucial na prevenção de complicações e melhora do prognóstico materno e fetal.^[28]

Em relação ao tabagismo, notou que poucas gestantes apresentaram esse hábito (Tabela 2), o que é importante. Pois o consumo de drogas lícitas como o tabaco são responsáveis por inúmeros problemas de saúde que pode levar a várias complicações para gestantes, feto e neonato, como apontado por Pena et al.^[33] e que encontraram no seu estudo em 15,7% das gestantes sendo fumante, percentagem superior a encontrada nesta pesquisa.

Algumas gestantes entrevistadas no presente estudo afirmaram praticar atividade física (Tabela 2), e Soares et al.^[34] apontam que esta prática é muito importante nos diferentes estágios da vida desde a infância até a senilidade. Englobando importantes períodos inclusive o gestacional; visto que na gestação o ganho de peso em excesso é um fator que pode ser controlado através da atividade física. Benefícios esses apresentados pelos estudos de Kim, Newton e Knopp^[35] e Gradmark et al.^[36]

O cartão da gestante foi criado no Brasil com o propósito de armazenar informações e facilitar a comunicação entre os profissionais que realizavam a assistência pré-natal e os que realizavam o parto nas maternidades. Seu uso se popularizou nos serviços de saúde pública, funcionando como um mecanismo de comunicação entre os níveis de atenção. Portanto, recomenda-se que nele deva conter o máximo de informações. Evitando que, no momento do parto, procedimentos ou exames que protejam o feto e a mãe sejam negligenciados ou repetidos desnecessariamente.^[37]

Sobre o preenchimento do cartão da gestante no que tange os aspectos da anamnese, notou-se que de modo geral são informadas sobre o procedimento. Entretanto, percebe-se que todas as variáveis analisadas, há alguma ausência no preenchimento da informação no cartão (Tabela 3), mas que não compromete a assistência. Porém, é necessário que sejam inseridos esses dados integralmente, seguindo o que é preconizado. O estudo de Barreto e Albuquerque^[38] permitiu comprovar que o cartão da gestante foi subutilizado como instrumento na assistência ao pré-natal e puerpério, o que difere do presente estudo.

Em relação as variáveis da Tabela 3, os parâmetros clínicos, batimento cardíaco fetal, apresentação fetal e altura uterina foram o que mais apresentaram ausência de informação anotada no cartão da gestante. O estudo de Camargos et al.^[39] evidenciou dados semelhantes quanto aos dados incompletos, ausência e ilegibilidade na anotação da altura uterina (2,2%), batimentos cardíacos fetais e idade gestacional ambas com 0,7%.

A ausência de informações no cartão da gestante acarreta prejuízos na intercomunicação entre as diversas instâncias envolvidas na assistência ao pré-natal, ao parto e ao puerpério, por desconhecimento do real acompanhamento do cuidado prestado.^[8]

É necessário entender que o registro das informações no cartão da gestante não é somente uma ação, mas uma documentação de técnicas e métodos que foram realizados. Não cabe fazer juízo de valor, mas sim informar o quanto é

importante esses aspectos do preenchimento para a saúde da mulher e para o sistema de saúde.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo do perfil das gestantes é um fator preponderante para conhecer os aspectos da melhoria da atenção ao pré-natal assim como as intervenções a essas mulheres que necessitam de cuidados diferenciados. Constatou-se que as gestantes têm fatores socioeconômicos, demográficos e clínicos favoráveis para o momento em que se encontra. Entretanto, mudanças para adesão as consultas do pré-natal são necessárias e importantes para que a saúde da gestante, feto e neonato sejam mantidas.

A implantação da caderneta da gestante foi um passo importante para a saúde desse grupo e, conseqüentemente, do recém-nascido. Nesse contexto, o correto preenchimento das informações corrobora para a melhoria da assistência do pré-natal assim como para o crescimento da atenção primária em saúde. Desse modo, conclui-se nesse sentido, que apesar da observação do preenchimento quase que completo da anamnese da gestante encontrado no cartão, ainda há falhas que precisam ser corrigidas para garantir a integralidade e confiabilidade dos dados. Assim, sugere-se a realização de capacitação periódicas dos profissionais de saúde que estão envolvidos nessa assistência com intuito de promover a adequada utilização dessa ferramenta que é o cartão da gestante.

6. REFERÊNCIAS

- [1] SANINE, P.R.; VENANCIO, S.I.; SILVA, F.L.G.; ARATANI, N.; MOITA, M.L.G.; TANAKA, O.Y. Atenção ao pré-natal de gestantes de risco e fatores associados no Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, n.10, p.1-15, 2019.
- [2] SOUZA, I.A.; SERINOLLI, M.I.; NOVARETTI, M.C.Z.; SOUZA, D.C.C. Compatibilidade entre os dados do cartão da gestante e o sistema informatizado da *web* sisprenatal. **Prisma.com**, v.32, p.127-147, 2016.
- [3] LEAL, M.C.; ESTEVES-PEREIRA, A.P.; VIELLAS, E.F.; DOMINGUES, R.M.S.M.; GAMA, S.G.N. Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. **Rev. Saude Publica**, v.54, p.1-12, 2020.
- [4] MARIO, D.N.; RIGO, L.; BOCLIN, K.L.S.; MALVESTIO, L. M. M.; ANZILIERO, D.; HORTA, B.L.; WEHRMEISTER, F.C.; MARTÍNEZ-MESA, J. Qualidade do pré-natal no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.24, n., p.1223-1232, 2019.
- [5] ANDRADE, F.M.; CASTRO, J.F.L.; SILVA, A.V. Percepção das gestantes sobre as consultas médicas e de enfermagem no pré-natal de baixo risco. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v.6, n.3, p.2377-2388, 2016.
- [6] ASSUNÇÃO, C.S.; RIZZO, E.R.; SANTOS, M.E.; BASÍLIO, M.D.; MESSIAS, C.M.; CARVALHO, J.B. O enfermeiro no pré-natal: expectativas de gestantes. **J. res.: fundam. care. Online**, v.11, n.3, p.576-58, 2019.
- [7] RODRIGUES, T.A.; PNHEIRO, A. K. B.; SILVA, A.A.; CASTRO, L.R.G.; SILVA, M.B.; FONSECA, L.M.B. Qualidade dos registros da assistência pré-natal na caderneta da gestante. **Rev. Baiana Enferm.**, v.34, p.e:35099, 2020.
- [8] ZANCHI, M.; GONÇALVES, C.V.; CESAR, J.A.; DUMITH, S.C. Concordância entre informações do cartão da gestante e do recordatório materno entre puérperas de uma cidade brasileira de médio porte. **Cad. Saúde Pública**, v.29, n.5, p.1019-1028, 2013.
- [9] SOUZA, I.A.; SERINOLLI, M.I.; NOVARETTI, M.C.Z. Assistência pré-natal e puerperal e indicadores de gravidade no parto: um estudo sobre as informações disponíveis no cartão da gestante. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, v.19, n.4, p.991-997, 2019.
- [10] SILVA, M.A.P.; GRAVENA, A.A.F.; DEMITTO, M.O.; ACCORSI, R.; DELL'AGNOLO, C.M.; PELLOSO, S.M. Cartão da gestante e depoimentos das puérperas: correspondência das informações. **Revista Saúde & Comunidade**, v.1, n.1, p.42-50, 2018.
- [11] BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2012.
- [12] RIOS, C.T.F.; VIEIRA, N.F.C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciência e Saúde coletiva**, v. 12, n. 2, p. 477-486, 2007.
- [13] ARAÚJO, S.M.; SILVA, M.E.D.; MORAES, R.C.; ALVES, D.S. A importância do pré-natal e a assistência de enfermagem. **Veredas FAVIP - Revista Eletrônica de Ciências**, v.3, n.2, p.61-67, 2010.
- [14] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Mulher. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Rev Bras Saúde Mat Infant.**, v.2, p.69-71, 2002.
- [15] VIELLAS, E.F.; DOMINGUES, R.M.S.M.; DIAS, M.A.B.; GAMA, S.G.N.; THEME FILHA, M.M.; COSTA, J.V.; BASTOS, M.H.; LEAL, M.C. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.30, p.S85-S100, 2014.
- [16] GOMES, M.A.S.M. Compromisso com a mudança. **Cad Saúde Pública**, v.30, n.1, p.S41-S42, 2014.
- [17] POLGLIANE, R.B.S.; LEAL, M.C.; AMORIM, M.H.C.; ZANDONADE, E.; SANTOS NETO, E.T. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. **Cienc Saúde Coletiva**, v.19, n.7, p.1999-2010, 2014.
- [18] GONÇALVES, M.F.; TEIXEIRA, E.M.B.; SILVA, M.A.S.; CORSI, N.M.; FERRARI, R.A.P.; PELLOSO, S.M.; CARDELLI, A.A.M. Pré-natal: preparo para o parto na atenção primária à saúde no sul do Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.38, n.3, p. 1-8, 2017.
- [19] DOMINGUES, R.M.S.M.; HARTZ, Z.M.A.; DIAS, M.A.B.; LEAL, M.C. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v.28, n.3, p.425-37, 2012.

- [20] ANJOS, J.C.; BOING, A.F. Diferenças regionais e fatores associados ao número de consultas de pré-natal no Brasil: análise do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos em 2013. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v.19, n.4, p.835-850, 2016.
- [21] ANDRADE, P.C.; LINHARES, J.J.; MARTINELLI, S.; ANTONINI, M.; LIPPI, U.G.; BARACAT, F.F. Resultados perinatais em grávidas com mais de 35 anos: estudo controlado. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v.26, n.9, p.697-701, 2004.
- [22] OSORIO, A.M.; TOVAR, L.M.; RATHMANN, K. Individual and local level factors and antenatal care use in Colombia: a multilevel analysis. **Cad Saúde Pública**, v.30, n.5, p. 1079-1092, 2014.
- [23] OLIVEIRA, A.D.F.; CAMPELO, M.J.A. Pré-natal na zona rural, norte da Bahia-BA: Perfil de gestantes atendidas em consultas de enfermagem. **Brazilian Journal of Health Review**, v.3, n.5, p. 12439-12451, 2020.
- [24] AGUIAR, L.C.; SILVA, M.L.C.; OLIVEIRA, V.S.; AGUIAR, J.R.R.; DOURADO, L.K.M. Perfil das gestantes e conteúdo das orientações sobre os sinais de trabalho de parto recebidas no pré-natal. **Revista ciência plural**, v.6, p.48-60, 2020.
- [25] PEREIRA, J.S.; ALMEIDA, E.W.S.; EVANGELISTA, C.B.; DIAS, C.L.O.; QUADROS, J.F.C.; OLIVEIRA, P.A.P.; DIAS, O.V. Perfil de gestantes atendidas no pré-natal em equipes de estratégias saúde da família. **Saúde coletiva**, n.52, v.10, p.2112-2117, 2020.
- [26] BARROCAS, P.R.G.; MORAES, F.F.M.; SOUSA, A.C.A. Saneamento é saúde? O saneamento no campo da saúde coletiva. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v.26, n.1, p.33-51, 2019.
- [27] ALMEIDA, L.S.; COTA, A.L.S.; RODRIGUES, D.F. Saneamento, arboviroses e determinantes ambientais: impactos na saúde urbana. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.25, n.10, p.3857-3868, 2020.
- [28] SAMPAIO, A.F.S.; ROCHA, M.J.F.; LEAL, E.A.S. Gestação de alto risco: perfil clínico-epidemiológico das gestantes atendidas no serviço de pré-natal da maternidade pública de Rio Branco, Acre. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, v.18, n.3, p.567-575, 2018.
- [29] KONOPKA, C.K.; BECK, S.T.; WIGGERS, D.; SILVA, A.K.; DIEHL, F.P.; SANTOS, F.G. Perfil clínico e epidemiológico de gestantes infectadas pelo HIV em um serviço do sul do Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.32, n.4, p.184-190, 2010.
- [30] AQUINO, P.T.; SOUTO, B.G.A. Problemas gestacionais de alto risco comuns na atenção primária. **Rev Med Minas Gerais**, v.25, n.4, p. 568-576, 2015.
- [31] BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco: Manual técnico**. In: Estratégias. 5 ed. Brasília, DF; 2012. p. 302.
- [32] WEINERT, L.S.; SILVEIRO, S.P.; OPPERMAN, M.L.; SALAZAR, C.C.; SIMIONATO, B.M.; SIEBENEICHLER, A.; REICHEL, A.J. Diabetes gestacional: um algoritmo de tratamento multidisciplinar. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, v.55, n.7, p.435-445, 2011.
- [33] PENA, J.C.P.; PEDERSOLI, L.O.; NUNES, M.L.; FREITAS, J.M.S.; FERNANDES, R.A.Q. Uso do álcool e tabaco na gestação: influência no peso do recém-nascido. **Revista Saúde**, v.11, n.1-2, p.74-82, 2017.
- [34] SOARES, D.S.C.; SOARES, J.J.; GRAUP, S.; STREB, A.R. Atividade física na gestação: uma revisão integrativa. **R. Perspect. Ci. E Saúde**, v.2, n.2, p.71-84, 2017.
- [35] KIM, C.; NEWTON, K.M.; KNOPP, R.H. Gestational diabetes and the incidence of type 2 diabetes. **Diabetes Care**, v.25, p.1862-68, 2002.
- [36] GRADMARK, A.; POMEROY, J.; RENSTRÖM, F.; STEINGA, S.; PERSSON, M.; WRIGHT, A.; BLUCK, L.; DOMELLOF, M.; KAHN, S.E.; MOGREN, I.; FRANKS, P.W. Physical activity, sedentary behaviors, and estimated insulin sensitivity and secretion in pregnant and non-pregnant women. **BMC Pregnancy Childbirth**, v.11, p.2-8, 2011.
- [37] SANTOS NETO, E.T.; OLIVEIRA, A.E.; ZANDONADE, E.; GAMA, S.G.N.; LEAL, M.C. O que os cartões de pré-natal das gestantes revelam sobre a assistência nos serviços do SUS da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil? **Cad. Saúde Pública**, v.28, n.9, p. 1650-1662, 2012.
- [38] BARRETO, F.D.F.P.; ALBUQUERQUE, R.M. Discrepâncias entre o informe verbal e os registros no cartão da gestante, um instrumento negligenciado. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.34, n.6, p.259-267, 2012.
- [39] CAMARGOS, L.F.; LEMOS, P.L.; MARTINS, E.F.; FELISBINO-MENDES, M.S. Avaliação da qualidade dos registros de cartões de pré-natal de mulheres urbanas. **Escola Anna Nery**, v.25, n.1, p.1-9, 2021.

Tendência da mortalidade neonatal de uma capital brasileira: uma análise de 20 anos

Neonatal mortality trends in a Brazilian capital: a 20-year analysis

Maitê da Veiga Feitoza Borges Silva¹

maite.veiga@hotmail.com

Erika Silva de Sá^{2*}

erikadesa@mail.uft.edu.br

Daniella Pires Nunes¹

daniellannunes@mail.uft.edu.br

Danielle Rosa Evangelista¹

daniellerosa@mail.uft.edu.br

Juliana Bastoni da Silva¹

juliana.bastoni@mail.uft.edu.br

Leidiane Ferreira Santos¹

leidienesantos@mail.uft.edu.br

***Autor correspondente**

¹Universidade Federal do Norte do Tocantins -
UFT, Palmas- TO, Brasil.

²Universidade Federal do Goiás- UFG, Goiânia-
GO, Brasil.

**Revista Científica do ITPAC,
v. 16, n. 1, 2023.
ISSN: 1983-6708**

Resumo

Dentre as mortes ocorridas no primeiro ano de vida das crianças, a mortalidade neonatal é responsável por cerca de 70% delas. A vigilância da mortalidade infantil é uma estratégia imprescindível para redução da mortalidade infantil e neonatal, pois contribui na melhoria do registro dos óbitos, possibilitado a adoção de medidas para a prevenção desses óbitos. Analisar a tendência da mortalidade neonatal no município de Palmas, Tocantins, Brasil, no período de 1999 a 2018. Este estudo de série temporal se deu por dados obtidos do Sistema de Informação sobre Mortalidade e sobre Nascidos Vivos; nos quais foram calculadas as taxas de mortalidade neonatal precoce e tardia e a variação anual das taxas obtida mediante Regressão. Dos 800 óbitos neonatais no município de Palmas, a maioria ocorreu precocemente (73,25%). Nas análises das tendências dos coeficientes de mortalidade neonatal, a precoce revelou decréscimo médio anual. Embora tenha ocorrido decréscimo substancial na taxa de mortalidade neonatal ao longo dos anos, sendo mais expressiva a redução na mortalidade precoce, foram observados avanços no sentido de qualificar a assistência em saúde na região, de modo a prevenir mortes infantis evitáveis.

Palavras-chave: criança; monitoramento epidemiológico; mortalidade infantil; recém-nascido.

Abstract:

Among deaths occurring in the first year of life of children, neonatal mortality accounts for about 70% of them. Infant mortality surveillance is an essential strategy for reducing infant and neonatal mortality, as it contributes to improving the recording of deaths, enabling the adoption of measures to prevent these deaths. To analyze the trend of neonatal mortality in the municipality of Palmas, Tocantins, Brazil, from 1999 to 2018. This time series study was based on data obtained from the Mortality and Live Births Information System; in which early and late neonatal mortality rates were calculated and the annual variation of the rates obtained through Regression. Of the 800 neonatal deaths in the municipality of Palmas, most occurred early (73.25%). In the analysis of the trends of neonatal mortality coefficients, the early one showed an average annual decrease. Although there has been a substantial decrease in the neonatal mortality rate over the years, with a more significant reduction in early mortality, progress has been made in qualifying health care in the region in order to prevent avoidable infant deaths.

Keywords: Child. Epidemiological Monitoring. Infant Mortality. Newborn.

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, a taxa de mortalidade infantil (TMI) tem apresentado diminuição considerável. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE, os óbitos tiveram redução de 29 a cada mil nascidos vivos em 2000 para 12,4 em 2018.^[1] Essa queda se relaciona diretamente às medidas de melhoria nas políticas de saúde de proteção à criança, diminuição da pobreza, maior cobertura e melhor assistência em saúde.^[2]

Entretanto, embora nas últimas décadas se tenha alcançado mundialmente progressos substanciais na

sobrevivência infantil,^[3] a proteção e promoção da saúde dessa clientela ainda não corresponde aos compromissos assumidos por vários países na Convenção sobre os direitos das crianças,^[4] especialmente em relação ao direito à vida. Vale ressaltar que, somente em 2018, 5,3 milhões de crianças morreram antes de completar cinco anos de vida.^[3]

Em 2015, no cenário nacional, a mortalidade em menores de um ano representou cerca de 90% do total de óbitos ocorridos em crianças de até 5 anos. Das mortes em menores de um ano, a neonatal foi responsável por cerca de 70% dos casos. Ocorrendo, em sua maioria, no primeiro dia de vida.^[5]

A mortalidade neonatal assume a alarmante taxa global de 18 a cada 1.000 nascidos vivos. Estima-se que 2,5 milhões de recém-nascidos morreram no primeiro mês de vida em 2018, sendo aproximadamente 7.000 mil mortes por dia.^[3]

A revisão sistemática revelou que aproximadamente 62% do total de mortes neonatais ocorre durante os primeiros três dias de vida, especialmente no primeiro. Maior parte das mortes está relacionada à asfixia, à prematuridade e à malformação congênita e ocorre na primeira semana. Pontua-se que nos primeiros três dias após o nascimento aconteçam cerca de 30% das mortes de crianças menores de cinco anos.^[6]

Pesquisa demonstra que em oito Unidades da Federação brasileira, registrou-se que um quinto dos óbitos infantis ocorre no primeiro dia de vida e entre as 20 principais causas destaca-se a síndrome da angústia respiratória, seguida da prematuridade extrema.^[7] Entre os fatores que aumentam o risco de óbito neonatal destaca-se a história de óbito infantil na família, baixo número de consultas pré-natais, prematuridade, baixo peso ao nascer e baixo índice de Apgar no primeiro minuto de vida.^[8]

Destaca-se que a maioria dos óbitos neonatais pode ser evitável. Os cuidados realizados no período de gestação, no nascimento e ao recém-nascido, estão estreitamente relacionados à essa.^[3; 9-10]

Assim, para redução da mortalidade infantil, incluindo o componente neonatal, é fundamental a criação de políticas públicas direcionadas à qualificação da atenção à saúde materna e infantil, com vistas à implementação de rede regionalizada de atenção perinatal, investimentos em recursos físico e material, capacitação profissional e realização de práticas baseadas em evidências científicas, de modo a melhorar a qualidade e segurança da assistência pré-natal, parto e nascimento.^[2; 7; 11-13]

Configuram-se, ainda, em recursos para potencializar a implementação de estratégias capazes de contribuir para redução da mortalidade neonatal, o registro adequado dos casos de óbitos e a análise dessas informações.^[10; 14] O acompanhamento e análise da TMI e seus componentes, são primordiais para o desenvolvimento de políticas e intervenções de saúde voltadas efetivamente para a promoção e proteção da saúde infantil.^[3; 10] Nessa perspectiva, essa pesquisa objetivou analisar a tendência da mortalidade neonatal no município de Palmas, Tocantins, no período de 1999 a 2018.

Reforça-se, ainda, a importância dessa pesquisa, ao se considerar que para avanços nos próximos anos, em relação a redução da mortalidade neonatal no país, deve-se aperfeiçoar a identificação das causas de morte infantis atuais e evoluir nas análises regionais e por Estados, de modo a verificar fragilidades na assistência à criança e se propor estratégias direcionadas às reais lacunas de cada contexto.^[12; 15]

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo série temporal e de base documental que possui como objeto de análise os casos de óbito neonatal no município de Palmas, Tocantins.

Palmas é a capital do Estado do Tocantins e está localizada no Norte do Brasil, com uma área de 2.218.942 km², possui uma população estimada de 299.127 e uma densidade demográfica de 102,90 hab/km². Palmas possui um crescimento econômico de 8,7% ao ano, maior do que o índice nacional e estadual.^[1] Ainda conta com 100% de cobertura na atenção básica de saúde e 86% de cobertura em saúde bucal e vem ampliando a capacidade de ofertas de consultas médicas e dos serviços de saúde.^[16]

Para este estudo, os dados dos óbitos foram obtidos a partir da declaração de óbitos notificadas no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), com ocorrência do evento no período de janeiro de 1999 a dezembro de 2018. As informações foram disponibilizadas pelo Departamento de Vigilância do Óbito da Secretaria Municipal de Saúde entre os meses de julho e dezembro de 2019, sem acesso, em momento algum, a informações que pudessem identificar o binômio mãe-filho. Os dados sobre os Nascidos Vivos (NV) em cada ano foram obtidos do Sistema de Nascidos Vivos a partir do DATASUS.

Os dados foram importados do Tabwin, armazenados e codificados em planilha eletrônica do programa *Microsoft Excel*, posteriormente analisados por meio do programa *STATA 14.0*.

Para análise dos dados, realizou-se cálculo da Taxa de Mortalidade Neonatal (TMN), que corresponde ao número de óbitos de crianças de 0 a 27 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Também foram calculados os componentes TMN precoce e tardia por 1.000/NV (Quadro 1).

Quadro 01. Fórmula para o cálculo da Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce e Tardia.

$\text{Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce (TMNP)} = \frac{\text{Número de óbitos de residentes de 0 a 6 dias de idade}}{\text{Número de nascidos vivos de mães residentes}} \times 1000$
$\text{Taxa de Mortalidade Neonatal Tardia (TMNT)} = \frac{\text{Número de óbitos de residentes de 7 a 27 dias de idade}}{\text{Número de nascidos vivos de mães residentes}} \times 1000$

Fonte: Brasil (2009).^[17]

Os dados referentes ao número de nascidos vivos de mães residentes no município de Palmas foram compilados a partir do DATASUS. Para os nascidos vivos que nasceram em um ano e morreram em outro, foi considerado o ano do nascimento para o cálculo da Taxa de Mortalidade.

Na análise da tendência, utilizou-se o modelo de regressão polinomial, no qual a variável dependente (y) referia-se aos valores da série do coeficiente de mortalidade neonatal e de seus componentes por 1.000 NV, e variável independente (x), aos anos analisados do estudo.

A variável período (anos da série) foi transformada em uma variável “período-centralizado” com intuito de evitar a correlação serial entre os termos da equação da regressão. Para tal, utilizou-se o período menos o ponto da série histórica. Em seguida, foram testadas as funções que mais se ajustaram à trajetória da mortalidade neonatal e seus componentes. Consideraram-se tendências estáveis ($p > 0,05$), decrescentes

($p < 0,05$) e coeficiente de regressão negativo) ou crescentes ($p < 0,05$ e coeficiente de regressão positivo).

O projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão de Avaliação de Projetos da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Luterano de Palmas, sob o parecer nº 3.190.769 e CAAE nº 07887019.9.0000.5516.

3. RESULTADOS

De 1999 até 2018 foram notificados 800 óbitos neonatais no município de Palmas, com prevalência de óbitos neonatais precoces (73,25%) (Tabela 01).

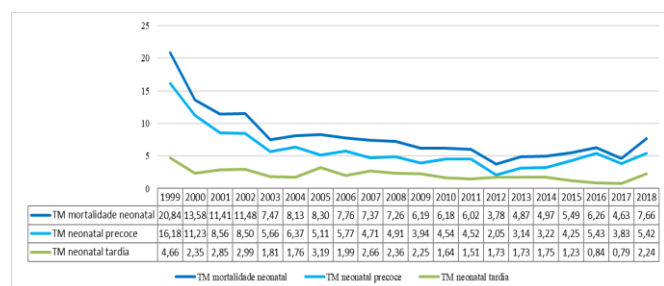
Tabela 01. Números absolutos e relativos de óbitos neonatais precoces e tardios no período de 1999 a 2018, Palmas, Tocantins, Brasil (N=800).

Mortalidade Neonatal	n	%
Precoce	586	73,25
Tardia	214	26,75
Total	800	100

Fonte: SIM. Secretaria Municipal de Saúde de Palmas (2019).

O estudo permitiu identificar o decréscimo dos coeficientes de mortalidade neonatal precoce e tardia ao longo dos anos. A taxa de TMN passou de 20,84 óbitos a cada 1.000 nascidos vivos, em 1999, para 7,66, em 2018. Em um período de 20 anos, a TMNP foi de 16,18 óbitos/1.000 nascidos vivos para 5,42 óbitos/1.000 nascidos vivos, enquanto a TMNT passou de 4,66 óbitos/1.000 nascidos vivos para 2,24 óbitos/1.000 nascidos vivos (Gráfico 01).

Gráfico 01. Tendência das Taxas de Mortalidade Neonatal geral, precoce e tardia no município de Palmas no período de 1999 a 2018, Palmas, Tocantins, Brasil (N=800).



Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). Secretaria Municipal de Saúde de Palmas (Dados atualizados em 09/2019).

As tendências dos coeficientes de mortalidade neonatal, neonatal precoce revelaram um decréscimo médio anual de 0,56, 0,45 e 0,11 óbitos por 1.000 NV, respectivamente (Tabela 2).

Tabela 02. Taxa de variação anual (%) dos coeficientes de mortalidade neonatal e seus componentes, Palmas, TO, 1999 a 2018.

Coeficiente de mortalidade	Modelo*	r ²	p	Tendência
Neonatal	$y = 5,97 - 0,56x + 0,07x^2$	0,830	<0,001	Decréscimo
Neonatal Precoce	$y = 3,99 - 0,45x + 0,06x^2$	0,848	<0,001	Decréscimo
Neonatal Tardia	$y = 1,98 - 0,11x + 0,01$	0,498	<0,001	Decréscimo

Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). Secretaria Municipal de Saúde de Palmas (Dados atualizados em 09/2019).

*Modelo de 2ª ordem: coeficiente de mortalidade = $\beta_0 + \beta_1x(\text{ano}:2008) + \beta_2x(\text{ano}:2008)^2$

4. DISCUSSÃO

Assim como observado nesse estudo, outros países também têm apresentado grandes progressos na redução do número de mortes de crianças.^[18] Na Índia, por exemplo, a taxa de mortalidade de menores de 5 anos caiu 49% e a neonatal 38%, entre 2000 e 2017.^[19]

É válido pontuar que embora vários países tenham apresentado significativa redução na TMI,^[18;20] e os resultados encontrados nessa pesquisa apontam significativa redução na taxa de mortalidade de recém-nascidos ao longo dos últimos anos, na Tanzânia a mortalidade neonatal permaneceu inalterada nos anos de 2004 a 2016. O parto cirúrgico, idade materna menor que 20 anos, bebês com baixo peso ao nascimento e intervalo curto entre partos (≤ 2 anos), representaram maior risco para morte neonatal e menores de 1 ano.^[21]

Do mesmo modo, na Geórgia, a taxa de mortalidade perinatal permaneceu alta em 2017. Foram registrados 489 natimortos e 238 óbitos neonatais precoces, resultando em uma taxa de mortalidade perinatal de 13,6 por 1.000 nascimentos. Cerca de 80% dos natimortos tiveram causa de morte desconhecida e a maioria dos óbitos ocorreu antes do início do trabalho de parto (85%). Prematuridade (58%) e malformações congênitas (23%) foram as principais causas de perdas neonatais precoces e 70% desses óbitos ocorreram após o primeiro dia de vida.^[22]

No Brasil apresenta-se como fatores de risco para mortalidade neonatal a ausência de companheiro, idade materna ≥ 35 anos, sexo masculino, gestação múltipla, pré-natal inadequado e ausente, presença de intercorrências durante a gestação, malformação congênita, Apgar < 7 no quinto minuto, baixo e muito baixo peso ao nascer, idade gestacional ≤ 37 semanas e parto cesariano.^[23-24] Notam-se similaridades em uma pesquisa realizada no Japão, na qual as cinco principais causas de morte para neonatos a hipoplasia congênita, a trissomia, o baixo peso ao nascer e a asfixia neonatal grave.^[25]

A pesquisa avaliou a mortalidade neonatal e fatores associados em recém-nascidos admitidos em uma unidade neonatal e revelou que o parto prematuro, baixo peso ao nascer, dificuldade respiratória, índice de Apgar menor que 7,

malformações congênitas e histórico de menos de cinco consultas de pré-natal estão associados a um maior risco de morte.^[26]

Achados semelhantes também foram apresentados em estudo com crianças hospitalizadas em UTIN ao evidenciar que o baixo peso ao nascer, admissão tardia, baixo índice de apgar e anormalidades congênitas estão significativamente associados à mortalidade neonatal. Sendo assim, o manejo precoce desses agravos à saúde deve ser questão prioritária para redução das mortes neonatais.^[27]

Estudo nacional, considerando os anos 1982, 1993, 2004 e 2015, identificou que fatores perinatais foram as principais causas de morte nas quatro coortes. As taxas de mortalidade tardia fetal, neonatal e infantil foram maiores em crianças nascidas de mulheres negras ou pardas e de baixa renda. As mortes por doenças infecciosas apresentaram as maiores reduções ao longo dos anos com diarreia causando 25 mortes em 1982 e nenhuma em 2015. De modo geral, houve queda da mortalidade neonatal em 57,0% (de 20,1 para 8,7) e da mortalidade infantil em 62,0% (de 36,4 para 13,8). As melhorias observadas são provavelmente devidas ao progresso nos determinantes sociais da saúde e à expansão dos cuidados de saúde.^[28-29]

Nessa perspectiva, pontua-se que pesquisas atuais indicam que o perfil da mortalidade infantil é influenciado por desigualdades sociodemográficas, ^[19-20;25] e que 58% das mortes infantis entre 2000 e 2017 poderiam ter sido evitadas com a redução dessas diferenças.^[20]

Registra-se a importância de conhecer a distribuição das causas de morte e os fatores de risco em cada local, bem como os aspectos sociodemográficos que os influencia. Haja vista que o entendimento mais abrangente e consolidado desses dados são cruciais para implementar políticas direcionadas a combater as desigualdades na mortalidade infantil e pode oferecer informações valiosas para melhorar a sobrevivência e indicadores de saúde infantil.^[19;25;30]

A identificação de fatores de risco pode auxiliar no planejamento de ações para consolidação da rede perinatal. Programas específicos devem ser incentivados na busca de resultados perinatais expressivos, como a redução da mortalidade neonatal. ^[11;31-33] Para melhorar substancialmente os resultados perinatais e neonatais, se torna necessário maior cobertura e melhor qualidade dos cuidados de saúde.^[24;30;34]

É importante salientar que a melhoria da qualidade do pré-natal pode reduzir substancialmente o risco de mortalidade neonatal. ^[29] Há indícios de redução de 34% no

risco de mortalidade neonatal para filhos de mulheres atendidas no pré-natal por pessoal qualificado.^[35]

A utilização do serviço de pré-natal tem associação significativa com a mortalidade neonatal. Nos países da África Subsaariana, por exemplo, a utilização de pelo menos uma consulta pré-natal por um profissional qualificado durante a gravidez reduz o risco de mortalidade neonatal em 39%. Assim, para acelerar o progresso em direção à redução das mortes de recém-nascidos, todas as gestantes devem receber atendimento pré-natal durante a gravidez.^[36]

Cada vez mais reconhece-se a importância de oferecer cuidados adequados e de qualidade durante o pré-natal e de fortalecer os serviços de assistência pós-natal adequados nas unidades de saúde, de modo a atender às reais necessidades de saúde e melhorar os indicadores materno-infantis. ^[11;31;33;37-38]

Pontua-se que não se realizou análise de causalidade em relação aos óbitos neonatais, sendo assim, apresenta-se como limitação dessa pesquisa não ser possível apresentar os fatores de risco de morte neonatal no município.

5. CONCLUSÃO

A realização desse estudo inédito, por tratar-se do primeiro a analisar dados de óbitos neonatais na capital tocantinense, foi possível devido a esforços de pesquisadores locais que contribuíram para dar visibilidade aos indicadores de saúde infantil no país e região.

Foram registrados 800 óbitos de crianças com idade de até 27 dias de vidas no município de Palmas nos anos de 1999 a 2018. Houve decréscimo substancial na TMN ao longo desse período, sendo mais expressiva a redução na TMNP.

Embora o município de Palmas tenha registrado avanços nos indicadores de mortalidade infantil, especificamente no componente neonatal e considerando que o Brasil se propõe a reduzir a mortalidade de recém-nascidos para no máximo 5 por mil nascidos vivos, até 2030 serão necessários avanços no sentido de qualificar a assistência perinatal na região, de modo a prevenir mortes infantis evitáveis.

REFERÊNCIAS

- [1] IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Panorama Brasil. Palmas. Rio de Janeiro: IBGE, 2019.
- [2] JUSTINO, D. C. P. et al. Avaliação histórica das políticas públicas de saúde infantil no Brasil: revisão integrativa. *Revista Ciência Plural*, v. 5, n. 1, p. 71-88, 2019.
- [3] UNICEF. United Nations Children's Fund. Every Child Alive: The urgent need to end newborns deaths, Genève, 2018, v. 19, n. 1, p. 1-12, 2019.

- [4] ONU/ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Convenção sobre os Direitos da Criança. Genebra, 1990.
- [5] FRANÇA, E. B. et al. Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. *Revista Brasileira de Epidemiologia* [online], v. 20, suppl.1, p.46-60, 2017.
- [6] SANKAR, M. J. et al. When do newborns die? A systematic review of timing of overall and cause-specific neonatal deaths in developing countries. *Journal of Perinatology* (2016) 36, S1-S11, 2016.
- [7] TEIXEIRA, J. A. M. et al. Mortalidade no primeiro dia de vida: tendências, causas de óbito e evitabilidade em oito Unidades da Federação brasileira, entre 2010 e 2015*. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 28, n. 1, p.1-11, 2019.
- [8] SLEUTJES, F. C. M. et al. Fatores de risco de óbito neonatal em região do interior paulista, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 8, p.2713-2720, 2018.
- [9] MALTA, D. C. et al. Mortes evitáveis na infância, segundo ações do Sistema Único de Saúde, Brasil. *Rev. bras. epidemiol.* v. 22, n. e190014, p. 1-15, 2019.
- [10] DIAS, B. A. S. et al. Classificações de evitabilidade dos óbitos infantis: diferentes métodos, diferentes repercussões? *Cad. Saúde Pública*. v. 33, n. 5, p. 1-15, 2017.
- [11] ARAUJO, G. A. S. et al. Padrão espaço-temporal e fatores relacionados à mortalidade infantil no Nordeste brasileiro. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 43, p. 1-10, 2022.
- [12] MAIA, L. T. S.; SOUZA, W. V.; MENDES, A. C. G. Determinantes individuais e contextuais associados à mortalidade infantil nas capitais brasileiras: uma abordagem multinível. *Cad. Saúde Pública*. v 36, n. 2, p. 1-19, 2020.
- [13] COSTA, L. D.; BORGES, L. de M. Características epidemiológicas da mortalidade neonatal e infantil em uma regional de saúde. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR, Umuarama*, v. 26, n. 1, p. 57-64, jan./abr. 2022.
- [14] MELO, C. M. et al. Vigilância do óbito como indicador da qualidade da atenção à saúde da mulher e da criança. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 10, p.3457-3465, 2017.
- [15] SALOIO, C. A. et al. Magnitude e determinantes da mortalidade neonatal e pós-neonatal em Goiânia, Goiás: um estudo de coorte retrospectivo, 2012. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 29, n. 5, p. 1-12, 2020.
- [16] BRASIL. Portaria Nº 1.352, de 13 de junho de 2019. Homologa adesão das Unidades de Saúde da Família (USF) ao Programa Saúde na Hora. *Diário Oficial da União, Brasília*, 2019.
- [17] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção do óbito infantil e fetal. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.
- [18] CHA S, JIN Y. Have inequalities in all-cause and cause-specific child mortality between countries declined across the world? *Int J Equity Health*, v. 19, n. 1, p. 1-13, 2019.
- [19] DANDONA L. et al. Subnational mapping of under-5 and neonatal mortality trends in India: the Global Burden of Disease Study 2000-17. *Lancet*, v. 395, n. 10237, p. 1640-1658. 2020.
- [20] BURSTEIN R et al. Mapping 123 million neonatal, infant and child deaths between 2000 and 2017. *Nature*, v. 574, p. 353- 358, 2019.
- [21] OGBO, F. A. et al. Determinants of trends in neonatal, post-neonatal, infant, child and under-five mortalities in Tanzania from 2004 to 2016. *BMC Public Health*, v. 19, n. 1, p. 1-12, 2019.
- [22] MANJAVIDZE, T. et al. Incidence and Causes of Perinatal Mortality in Georgia. *J Epidemiol Glob Health*, v. 9, n. 3, p. 163-168, 2019.

- [23] VELOSO, F. C. S. et al. Analysis of neonatal mortality risk factors in Brazil: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *J Pediatr (Rio J)*, v. 95, n. 5, p. 519-530, 2019.
- [24] SOUZA, B. F. N. et al. Determinants of neonatal mortality in a municipality of the Zona da Mata in Pernambuco. *Revista da Escola de Enfermagem da Usp*, v. 55, p. 1-9, 2021.
- [25] TASHIRO, A.; YOSHIDA, H, OKAMOTO, E. Infant, neonatal, and postneonatal mortality trends in a disaster region and in Japan, 2002-2012: a multi-attribute compositional study. *BMC Public Health*, v. 19, n. 1, p. 1085, 2019.
- [26] REYES, J. C. L et al. Neonatal mortality and associated factors in newborn infants admitted to a Neonatal Care Unit. *Arch Argent Pediatr*, v. 16, n. 1, p. 42-48, 2018.
- [27] ANDEGIORGISH, A. K. et al. Neonatal mortality and associated factors in the specialized neonatal care unit Asmara, Eritrea. *BMC Public Health*, v. 20, n. 1, p. 1-10, 2020.
- [28] MENEZES, A. M. B.; BARROS, F. C.; HORTA, B. L., et al. Stillbirth, newborn and infant mortality: trends and inequalities in four population-based birth cohorts in Pelotas, Brazil, 1982-2015. *Int J Epidemiol*, v. 48, n. Suppl 1, p. i54-i62, 2019.
- [29] NASCIMENTO, M. I. C. S. et al. Early neonatal mortality and assistance to women and newborns in a public maternity hospital. *Revista de Enfermagem da Ufpi*, v. 9, p. 1-9, 2 ago. 2020.
- [30] NOBREGA, A. A. et al. Mortalidade perinatal no Brasil em 2018: análise epidemiológica segundo a classificação de wigglesworth modificada. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 38, n. 1, p. 1-12, 2022.
- [31] BROEK, N. V. D. Happy Mother's Day? Maternal and neonatal mortality and morbidity in low- and middle-income countries. *Int Health*, v. 11, n. 5, p. 353-357, 2019.
- [32] DEMITTO, M. O. et al. High risk pregnancies and factors associated with neonatal death. *Rev Esc Enferm USP*, v.51, n. e03208, 1-7, 2017.
- [33] BERNARDINO, F. B. S. et al. Tendência da mortalidade neonatal no Brasil de 2007 a 2017. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, n. 2, p. 567-578, fev. 2022.
- [34] SACKY, A. H.; TAGOE, L. G. Admissions and mortality over a 5-year period in a limited-resource neonatal unit in Ghana. *Ghana Med J*, v. 53, n. 2, p. 117-125, 2019.
- [35] NEUPANE, S.; DOKU, D. T. Association of the quality of antenatal care with neonatal mortality: meta-analysis of individual participant data from 60 low- and middle-income countries. *Int Health*, v. 11, n. 6, p. 596-604, 2019.
- [36] TEKELAB, T. et al. The impact of antenatal care on neonatal mortality in sub-Saharan Africa: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, v. 14, n. 9, p. 1-15, 2019.
- [37] HOSSAIN, M. B. et al. Trends and determinants of perinatal mortality in Bangladesh. *PLoS One*, v. 14, n. 8, p. 1-19, 2019.
- [38] MOURA, B. L. A. et al. Fatores associados à internação e à mortalidade neonatal em uma coorte de recém-nascidos do Sistema Único de Saúde, no município de São Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 23, p. 1-14, 2020.

Transtorno mental comum em gestantes atendidas na Atenção Básica *Common mental disorder in pregnant women attended in Primary Care*

Lucas Frota Beckman¹

lfbeckman2013@gmail.com

Adriana Sousa Rêgo¹

adricefs@yahoo.com.br

Janaina Maiana Abreu Barbosa¹

jana_mayana@hotmail.com

Cristina Nitz da Cruz¹

cristinanitzcruz@gmail.com

Márcia Rodrigues Veras Batista¹

mrveras1@hotmail.com

Wellyson da Cunha Araújo Firmo^{1,2}

well_firmo@hotmail.com

Yuri Alfredo Araújo Mendonça Silva¹

yaraujomendonca@gmail.com

Flor de Maria Araújo Mendonça Silva^{1*}

floragyhn@gmail.com

***Autor correspondente**

¹Universidade Ceuma – UniCeuma,
São Luís- MA, Brasil

²Universidade Estadual da Região Tocantina do
Maranhão – UEMASUL, Imperatriz- MA, Brasil

Revista Científica do ITPAC,

v. 16, n. 1, 2023.

ISSN: 1983-6708

Resumo

O presente trabalho teve o objetivo de avaliar o Transtorno Mental Comum (TMC) em gestantes através de um estudo analítico transversal realizado com 205 gestantes em dez unidades básicas de saúde de São Luís, Maranhão, no período de janeiro de 2020 a maio de 2021. Para coleta de dados, foi utilizado questionário sociodemográfico, a caderneta da gestante e o *Self Report Questionnaire 20* como instrumento de triagem para identificação do TMC. A análise estatística foi pelo STATA 15.0. A variável idade (21 a 30 anos) apresentou a maior frequência 106 (51,71%), apresentando significância estatística ($p=0,01$). A variável estado civil apresentou maior frequência nas gestantes que tinham companheiro 152 (74,15%). A variável planejamento da gravidez apresentou maior frequência nas gestantes que planejaram a gravidez 183 (89,27%) com significância estatística ($p=0,04$) e com maior prevalência 83 (80,58%) para presença de TMC nas gestantes que não tiveram uma gestação planejada. A variável acompanhamento psicológico apresentou maior frequência 189 (92,20%). O estudo permitiu estimar a prevalência do TMC em gestantes de 50,24% e analisar que as variáveis idade, estado civil, planejamento da gravidez e acompanhamento psicológico devem ser primariamente considerados e avaliados dentro do contexto de predisposição ou proteção ao TMC, como informações de alarme.

Palavras-chave: atenção primária; gestantes; saúde mental; transtornos mentais.

Abstract

The present work aimed to evaluate the Common Mental Disorder (CMD) in pregnant women through a cross-sectional analytical study carried out with 205 pregnant women in ten basic health units in São Luís, Maranhão, in the period from January 2020 to May 2021. For data collection, we used a sociodemographic questionnaire, the pregnant woman's health booklet, and the Self Report Questionnaire 20 as a screening instrument to identify CMD. Statistical analysis was by STATA 15.0. The variable age (21 to 30 years) showed the highest frequency 106 (51.71%), presenting statistical significance ($p=0.01$). The marital status variable presented the highest frequency in pregnant women who had a partner 152 (74.15%). The variable pregnancy planning showed a higher frequency in pregnant women who planned their pregnancy 183 (89.27%) with statistical significance ($p=0.04$) and a higher prevalence 83 (80.58%) for the presence of CMT in pregnant women who did not have a planned pregnancy. The variable psychological follow-up showed the highest frequency 189 (92.20%). The study allowed us to estimate the prevalence of CMT in pregnant women at 50.24% and to analyze that the variables age, marital status, pregnancy planning, and psychological follow-up should be primarily considered and evaluated within the context of predisposition or protection to CMT, as alarm information.

Keywords: primary care; pregnant; mental health; mental disorders.

1. INTRODUÇÃO

O Transtorno Mental Comum (TMC) classifica-se como transtorno mental não psicótico e consiste no sofrimento mental e consequente sintomatologia somática. Ele representa o sofrimento mais prevalente na população mundial e suas projeções mundiais para 2030 são no sentido de incluírem as

perturbações do TMC entre as mais incapacitantes do ser humano.^[1-4] Essas perturbações se evidenciam pela ruptura no funcionamento normal manifestado pelo indivíduo através de tristeza, desânimo, perda do prazer de viver, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração, ansiedade e medo (às vezes na forma de crises) frequentemente associados à mudança no sono e apetite (diminuição ou aumento), dores

(frequentemente crônicas e difusas), cansaço, palpitações, tontura ou mesmo alterações gástricas e intestinais.^[5]

A base fisiopatológica dessa sintomatologia pode ser explicada ao se considerar que as áreas relacionadas ao comportamento emocional – hipotálamo e o denominado sistema límbico – originam impulsos nervosos conduzidos por fibras especiais. Essas fibras fazem sinapse com neurônios pré-ganglionares do tronco encefálico e da medula, mecanismo pelo qual o sistema nervoso central influencia áreas relacionadas ao sistema nervoso autônomo, gerando a sintomatologia somática do TMC.^[6]

Com efeito, esse quadro mental e somático causado pelo TMC é relevante enquanto agente ativo no processo de sofrimento mental e consequentes repercussões físicas na população em geral, mas principalmente naqueles nichos que se apresentam como fatores de risco ao seu desenvolvimento, como em mulheres gestantes. Essa relação gravidez e risco para TMC é entendida no período gestacional como a síntese de influências fisiológicas (modificações hormonais), anatômicas (modificações físicas no corpo) e biopsicossociais (relação da gestante consigo, com o parceiro, família e comunidade) que influenciam a grávida em sua auto percepção e interação com o meio.^[7] Nesse sentido, o transtorno mental comum pode incidir justamente nessa síntese e causar a ruptura dessa homeostase.

Ao considerar o impacto funcional, psíquico e ocupacional do TMC, o presente trabalho teve o objetivo avaliar o TMC em gestantes atendidas em unidades básicas de saúde do município de São Luís, Maranhão.

2. METODOLOGIA

O estudo tem o desenho analítico transversal realizado no município de São Luís, Maranhão, que administrativamente se apresenta dividido em 07 Distritos de Saúde: Centro, Itaqui-Bacanga, Coroadinho, COHAB, Bequimão, Tirirical e Vila Esperança. Tais Distritos, com exceção do Distrito Centro, possuem distribuição predial e populacional tanto na zona urbana como rural. O presente estudo foi realizado em dez Unidades Básicas de Saúde (UBS): UBS Turu, UBS São Bernardo, UBS São Francisco, UBS Pedrinhas, UBS Amar, UBS Liberdade, CS Fabiciana de Moraes, UBS Jardim São Cristóvão, UBS Coquilho e UBS da Cohab, divididas em diferentes distritos sanitários.

O município de São Luís tem uma população de 1.091.868, com área de 831,7 Km², e desse total 157.656 Km² estão em perímetro urbano do Estado do Maranhão. O Índice de Desenvolvimento Humano do município é de 0,778, consideravelmente alto quando comparado ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do Maranhão.^[8]

No cálculo do tamanho amostral foi utilizado o software STATA 15.0 (Stata Corp College Station, Texas, EUA) e, para fins deste estudo, foi utilizada uma amostra de 205 gestantes entre 18 e 41 anos, no Programa de Atenção Básica que concordaram em participar da pesquisa e que residem nas áreas adscritas às UBS. Foram excluídas do estudo as gestantes que se autodeclararam incapacitadas para responder às perguntas do questionário.

Para o cálculo final, foi utilizada a população considerando o nível de significância (α) de 5%, poder de teste de 80%, erro tolerável de 4%, mais 10% de possíveis perdas. A maior homogeneidade demográfica e socioeconômica da

população avaliada representa uma vantagem para o estudo, por diminuir a probabilidade de variáveis de confundimento.

A coleta consistiu em uma entrevista de aproximadamente 10 minutos (informação que será fornecida antes da concordância para participar do estudo), com uso de instrumentos autoaplicáveis como a Ficha de Investigação Sócio Demográfico/Econômico e Psicossocial que baseia nos dados socioeconômicos, hábitos de vida, rede de apoio na gestação e história de tratamento medicamentoso ou psicoterapêutico. À essa ficha são acrescentadas as informações presentes na Carteira da Gestante como as informações das gestações prévias, paridade e abortamentos.

Para identificação do TMC foi aplicado o *Self Report Questionnaire 20* (SRQ-20), instrumento desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e validado no Brasil em 1986.^[9] O SRQ-20 serve para detecção de TMC na população geral devido às suas características psicométricas na identificação tanto de prováveis casos de TMC na comunidade, como também de transtornos emocionais e necessidades em saúde mental.

O SRQ-20 é recomendado pela OMS para estudos em atenção básica à saúde devido à facilidade de uso, ao custo reduzido, à rápida aplicação e à sua condição de instrumento padronizado internacionalmente, sendo utilizado em vários países de culturas diferentes para rastreamento de transtornos não-psicóticos. Os itens do SRQ-20 distribuem-se em quatro grupos de sintomas: fator I (comportamento ansioso e depressivo), fator II (decréscimo de energia), fator III (sintomas somáticos) e fator IV (pensamentos depressivos), permitindo uma análise fatorial de correlações tetracórica.^[10-14]

O SRQ-20 sugere o nível de suspeição de algum transtorno mental, porém não específica. Seu caráter de triagem é útil para primeira classificação de possíveis casos e não casos de acordo com pontuação de cinco ou mais respostas afirmativas para homens e de sete ou mais respostas afirmativas para mulheres, valendo 1 (um) ponto cada uma pergunta cuja resposta seja afirmativa. Este ponto de corte permite a obtenção de dois grupos: de um lado os indivíduos com maior probabilidade de ter um TMC e de outro um grupo com maior probabilidade de não o ter.^[2,14]

As variáveis coletadas estão distribuídas em dados de identificação, idade, cor, estado civil, escolaridade, trabalho remunerado, abortamento, paridade, gravidez planejada, acompanhamento médico e psicológico.

A análise estatística foi executada pelo software STATA 15.0 (StataCorp., CollegeStation, Texas, EUA). As variáveis qualitativas são apresentadas por meio de frequências absolutas e relativas. A estatística descritiva incluiu cálculos de frequências absolutas e relativas (percentuais). Para avaliar a associação entre a variável explanatória (Gestantes atendidas na Atenção Primária) e a variável resposta (Índices de Gestantes com TMC) foi realizado utilizando o Teste Qui-quadrado para amostras independentes.

A estatística analítica inferencial foi realizada primeiramente pela regressão logística de Poisson para avaliar a Razão de Prevalência (RP) com ajuste robusto da variância, para os eventos que apresentaram o $p \leq 0,20$ na análise univariada; e, para os eventos que apresentaram o $p \leq 0,10$, foram incluídas no modelo multivariado final com as respectivas Razões de Prevalências (RP), Intervalos de

Confiança de 95% (IC 95%); significância estatística com $p \leq 0,05$.

Para medir a força da associação entre a razão e a incidência das gestantes expostas pela incidência das não-expostas, foi realizado através da regressão logística de estimativa do *Odds Ratio* (OR), que é uma estimativa do risco relativo para os eventos que apresentaram o $p \leq 0,20$ na análise univariada; e, para os eventos que apresentaram o $p \leq 0,10$, foram incluídas no modelo multivariado final com Intervalos de Confiança de 95% (IC 95%), e significância estatística ($p \leq 0,05$).

O trabalho faz parte da coorte intitulado Coorte-Gestativas, com parecer consubstanciado 3.258.471. Às gestantes que aceitaram participar da pesquisa foi solicitado que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em acordo com as diretrizes e normas reguladoras da pesquisa envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde. Às participantes do estudo foi garantido o direito de interrupção do estudo a qualquer momento, o acesso aos resultados, o sigilo sobre os mesmos, orientações e encaminhamento para avaliação especializada quando se fizesse necessário.

3. RESULTADOS

A Tabela 1 demonstra os resultados obtidos em uma amostra constituída de 205 gestantes. Nos resultados, a variável idade (21 a 30 anos) apresentou a maior frequência 106 (51,71%), apresentando significância estatística ($p=0,01$) e com equivalência de prevalência elevada para ausência 53 (51,96%) e presença 53 (51,96%) de TMC.

A variável raça/cor apresentou maior frequência nas gestantes que se autodeclararam pardas 120 (58,54%), não apresentando significância estatística ($p=0,35$) e com maior prevalência 66 (64,28%) para ausência de TMC. A variável estado civil apresentou maior frequência nas gestantes que tinham companheiro 152 (74,15%) com forte significância estatística ($p=0,03$) e com maior prevalência 83 (80,58%) para presença de TMC.

A variável escolaridade apresentou maior frequência nas gestantes que tinham ensino médio 106 (51,71%), não apresentando significância estatística ($p=0,80$) e com prevalência elevada 81(79,41%) para ausência de TMC. A variável trabalho remunerado apresentou maior frequência nas gestantes que não trabalhavam 138 (67,32%), não apresentando significância estatística ($p=0,42$) e com maior prevalência 72 (69,90%) para presença de TMC.

A variável planejamento da gravidez apresentou maior frequência nas gestantes que planejaram a gravidez 183 (89,27%) com significância estatística ($p=0,04$) e com maior prevalência 83 (80,58%) para presença de TMC nas gestantes que não tiveram uma gestação planejada. A variável abortamento apresentou a maior frequência 161 (78,54%) para gestantes que já tiveram aborto, não apresentando significância estatística ($p=0,32$) e com maior prevalência 83 (81,37%) para ausência de TMC.

As gestantes multiparas apresentaram maior prevalência com 195 (95,12%), sem significância estatística ($p=0,52$) e com maior prevalência 97 (94,17%) para presença de TMC. A variável acompanhamento médico com maior frequência 196 (95,61%), porém sem significância estatística ($p=0,29$) e para as gestantes que realizaram consultas com o

médico e com maior prevalência 100 (97,09%) para presença de TMC. A variável acompanhamento psicológico apresentou maior frequência 189 (92,20%), com significância estatística ($p=0,01$) para as gestantes que realizaram consultas com psicólogo e com maior prevalência 99 (97,06%) para ausência de TMC.

No presente estudo foram utilizadas alternativas para análise de dados transversais para produzir estimativas pontuais e por intervalos para as razões de prevalências e intervalos de confiança robustos, mediante a regressão de Poisson. Foram utilizadas estimativas pontuais para as associações significativas nas análises não ajustadas e ajustadas, demonstrando a regularidade de superestimação da razão de chances, em comparação com as razões de prevalências em ambas as situações. Nesse estudo foram amplos os intervalos de confiança estimados tanto para as medidas brutas quanto para as ajustadas; correspondentes às razões de chances. Sendo que, na análise ajustada, houve diferenças consideráveis entre a razão de chances e a razão de prevalências, sendo que os modelos finais foram os mesmos mediante as diferentes técnicas de análise.

No que se refere à interpretação das medidas, é importante lembrar que, no contexto dos estudos transversais, a razão de chances e a razão de prevalências não podem ser apresentadas como uma mesma medida.

Por outro lado, a razão de chances expressa quantas vezes é maior a chance de encontrar a condição estudada entre os expostos em relação aos não expostos. A razão de prevalências estima uma probabilidade relativa de aleatoriamente selecionar um indivíduo e ele apresentar a condição estudada no período.

No que se refere à interpretação das medidas, é importante lembrar que, no contexto dos estudos transversais, a razão de chances e a razão de prevalências não podem ser apresentadas como uma mesma medida. A razão de chances expressa quantas vezes é maior a chance de encontrar a condição estudada entre os expostos em relação aos não expostos. A razão de prevalências estima uma probabilidade relativa de aleatoriamente selecionar um indivíduo e ele apresentar a condição estudada no período.

A razão de chances expressa quantas vezes é maior a chance de encontrar a condição estudada entre os expostos em relação aos não expostos. A razão de prevalências estima uma probabilidade relativa de aleatoriamente selecionar um indivíduo e ele apresentar a condição estudada no período.

No que se refere à interpretação das medidas, é importante lembrar que, no contexto dos estudos transversais, a razão de chances e a razão de prevalências não podem ser apresentadas como uma mesma medida. A razão de chances expressa quantas vezes é maior a chance de encontrar a condição estudada entre os expostos em relação aos não expostos. Já a razão de prevalências estima uma probabilidade relativa de aleatoriamente selecionar um indivíduo e ele apresentar a condição estudada no período.

A análise não ajustada da Razão de Prevalência (RP) dos fatores associados, referentes às variáveis que foram para o modelo final e que apresentaram ($p \leq 0,20$) estão demonstradas na Tabela 2. Em relação à variável idade, apresentaram significância estatística com ($p \leq 0,01$); estado civil ($p= 0,05$) e acompanhamento psicológico ($p \leq 0,01$). A análise ajustada referente também à tabela 2 revelou os seguintes resultados significativos para as variáveis idade

entre 31 a 41 anos ($p=0,03$; $RP=0,65$; $IC=0,43-0,97$) e acompanhamento psicológico ($p=0,02$; $RP=0,63$; $IC=0,47-0,84$).

Tabela 1. Distribuição das variáveis sociodemográficas da assistência perinatal no município de São Luís (MA), 2021.

Variáveis	n 205 (%)	SRQ-20		p-valor
		Ausência	Presença	
Idade (anos)				0,01
18 a 20	39 (19,02)	12 (11,76)	27 (26,21)	
21 a 30	106 (51,71)	53 (51,96)	53 (51,46)	
31 a 41	60 (29,27)	37 (36,27)	23 (22,33)	
Raça/Cor				0,35
Branco	41 (20,00)	18 (17,65)	23 (22,33)	
Preto	44 (21,46)	18 (17,65)	26 (25,24)	
Pardo	120 (58,54)	66 (64,28)	54 (52,43)	
Estado civil				0,03
Com companheiro	152 (74,15)	69 (67,65)	83 (80,58)	
Sem companheiro	53 (25,85)	33 (32,35)	20 (19,42)	
Escolaridade				0,80
Ensino fundamental	39 (19,02)	10 (9,80)	15 (14,56)	
Ensino médio	106 (51,71)	81 (79,41)	78 (75,73)	
Ensino superior	60 (29,27)	11 (10,78)	10 (9,71)	
Trabalho remunerado				0,42
Sim	67 (32,68)	36 (35,29)	31 (30,10)	
Não	138 (67,32)	66 (64,71)	72 (69,90)	
Planejamento da gravidez				0,04
Sim	183 (89,27)	32 (31,37)	20 (19,42)	
Não	22 (10,73)	70 (68,63)	83 (80,58)	
Abortamento				0,32
Sim	161 (78,54)	83 (81,37)	78 (75,73)	
Não	44 (21,46)	19 (18,63)	25 (24,27)	
Paridade				0,52
Primípara	10 (4,88)	4 (3,92)	6 (5,83)	
Múltipara	195 (95,12)	19 (18,63)	97 (94,17)	
Acompanhamento médico				0,29
Sim	196 (95,61)	96 (94,12)	100 (97,09)	
Não	9 (4,39)	6 (5,88)	3 (2,91)	
Acompanhamento psicológico				0,01
Sim	16 (7,80)	3 (2,94)	13 (12,62)	
Não	189 (92,00)	99 (97,06)	90 (87,38)	

Fonte: Autores (2021).

SRQ-20 = *Self Report Questionnaire 20*; % = porcentagem; $p \leq 0,05$.

A análise não ajustada da Razão de Prevalência (RP) dos fatores associados, referentes às variáveis que foram para o modelo final e que apresentaram ($p \leq 0,20$), estão demonstradas na Tabela 3. Para modelar a probabilidade da presença do transtorno mental comum e os níveis de significância, foram calculados pelo método de regressão logística (*Odds Ratio* /OR) a variável idade, que apresentou ($p=0,05$); a variável estado civil, que apresentou ($p=0,03$); a variável planejamento da gravidez

demonstrou ($p=0,05$); a variável acompanhamento com psicólogo ($p=0,01$).

Após análise ajustada, a variável idade apresentou significância estatística ($p=0,05$) para o transtorno mental; a razão de chance encontrada indica fator de proteção; contudo, a proteção não se apresenta definida pelo Intervalo de confiança obtido ($OR=0,60$; $IC_{95\%}: 0,36-1,00$). Já em relação a planejamento da gravidez apresentou significância estatística ($p=0,03$) para o transtorno mental com maior razão de chance para risco, reafirmado pelo Intervalo de confiança obtido em $OD=2,38$; $IC_{95\%}: 1,06-5,00$. O acompanhamento com psicólogo demonstrou ($p=0,02$), confirmando proteção ao transtorno mental comum, indicado pelo Intervalo de confiança obtido ($OD=0,18$; $IC_{95\%}: 0,04-8,00$).

Tabela 2. Análise não ajustada e ajustada da RP da variável idade em relação às variáveis clínicas perinatal no município de São Luís (MA), 2021.

Variáveis	Análise não ajustada			Análise ajustada		
	RP	IC	p-valor	RP	IC	p-valor
Idade (Anos)			$\leq 0,01$			
18 a 20	1	1	-	1	1	-
21 a 30	0,72	0,54-0,95	0,02	0,82	0,59-1,14	0,25
31 a 41	0,55	0,37-0,81	$\leq 0,01$	0,65	0,43-0,97	0,03
Raça/Cor			0,18			
Branco	1	1	-	1	1	-
Preto	1,05	0,73-1,51	0,78	0,94	0,64-1,37	0,75
Pardo	0,80	0,57-1,12	0,19	0,78	0,56-1,10	0,16
Estado Civil			0,05			
Com companheiro	1	1	-	1	1	-
Sem companheiro	0,69	0,47-1,00	0,05	0,92	0,64-1,33	0,67
Planejamento da Gravidez			0,05			
Sim	1	1	-	1	1	-
Não	1,41	0,27-0,54	0,05	1,35	0,93-1,98	0,10
Acompanhamento psicológico			$\leq 0,01$			
Sim	1	1	-	1	1	-
Não	0,58	0,44-0,77	$\leq 0,01$	0,63	0,47-0,84	0,02

Fonte: Autores (2021).

% = porcentagem; $p \leq 0,05$.

Tabela 3. Análise não ajustada e ajustada do OR da variável idade em relação às variáveis clínicas perinatal no município de São Luís (MA), 2021.

Variáveis	Análise não ajustada			Análise ajustada		
	OR	IC	p-valor	OR	IC	p-valor
Idade	0,53	0,35-0,81	$\leq 0,01$	0,60	0,36-1,00	0,05
Raça/Cor	0,76	0,54-1,08	0,13	0,80	0,53-1,00	0,31
Estado civil	0,50	0,26-0,95	0,03	0,96	0,43-2,00	0,94

Planejamento da gravidez	1,89	0,99-3,60	0,05	2,38	1,06-5,00	0,03
Acompanhamento psicológico	0,20	0,57-7,760	0,01	0,18	0,04-8,00	0,02

Fonte: Autores (2021).

OR = Odds; IC = intervalo de confiança; $p \leq 0,05$.

4. DISCUSSÃO

Nesse estudo foi substantiva a prevalência com forte significância estatística da presença do TMC nas variáveis idade, estado civil, planejamento da gravidez e acompanhamento psicológico. Pesquisas sobre a prevalência de transtornos mentais em gestantes e sua associação com fatores socioeconômicos e demográficos ainda são escassos no Brasil, uma vez que muitos avaliam apenas os transtornos ansiosos e depressivos isoladamente.

Nesse estudo a prevalência do TMC em gestantes foi (50,24%). Prevalência similar à encontrada por Lucchese et al.^[15] com 57,1% no seu estudo transversal com 330 gestantes atendidas no Serviço de Atenção à Saúde da Mulher no Brasil Central. Esses valores se apresentam superestimados ao encontrado por Steel et al.^[16] numa revisão sistemática e metanálise na população geral de 63 países (29,2%). Esses achados ratificam a importância do acompanhamento da saúde mental em gestantes onde essa elevada prevalência pode ser entendida pela idealização da gravidez como evento de autorrealização para a mulher, além do estigma social imposto à saúde mental; caracterizando-se numa atitude supressora da manifestação dos sentimentos.

Além disso, o TMC é mais prevalente no sexo feminino e ainda mais elevada na gestação.^[17] principalmente em populações de baixa renda, assistidas na Atenção Primária à Saúde.^[18] No estudo desenvolvido por Mahenge et al.^[19] durante a assistência pré-natal na Tanzânia, a idade e a situação conjugal se apresentam associadas com o TMC, identificado em mulheres mais jovens, entre 17 a 29 anos, casadas. O estudo Lucchese et al.^[15] realizado no Serviço de Atenção à Saúde da Mulher, no Brasil, postula que a presença de companheiro e independentemente do *status* civil também se relaciona com a prevalência de TMC em similar intervalo de idade. Esses resultados são similares aos encontrados nesse estudo, onde a faixa etária entre 21 e 30 anos evidencia associação para o transtorno mental com maior prevalência no desenvolvimento do processo de sofrimento mental.

Quanto à variável raça/cor na literatura comparada, não houve significância estatística. Visto que não estabeleceu correlação causal entre essa característica fenotípica e o transtorno mental. As variáveis escolaridade, trabalho remunerado e benefício financeiro também não apresentaram significância estatística. Fazendo com que os resultados possam acontecer decorrência da homogeneidade da amostra. O tipo de estudo pode justificar essa divergência, visto que num estudo longitudinal, o seguimento continuado com a gestante permite realizar diagnósticos psiquiátricos/psicológicos, pois há longitudinalidade nos atendimentos. Diferentemente do delineamento transversal, em que não se define um padrão etiológico por haver simultaneamente a avaliação de exposição e efeito.

A existência do paradigma familiar implica em ter um companheiro como fator protetivo; mesmo assim,

permanecendo as dificuldades financeiras entre as casadas, essa proteção não se estenderá ao desenvolvimento de TMC.^[15] Em outra perspectiva, a estrutura familiar, enquanto rede de apoio à gestante, influencia a mulher nas suas decisões. Nesse contexto, no presente estudo o planejamento da gravidez encontra-se associada ao TMC, com significância estatística. Resultados iguais, com forte associação estatística, foram encontrados na pesquisa realizada na região metropolitana de São Paulo com a mesma estrutura de Atenção Primária à Saúde ou em pesquisas em outros países, como a Tanzânia, Espanha e Turquia.^[17,20-22]

No entanto, considerando o abortamento (provocado ou não) e a decisão de quantos filhos ter enquanto relacionados ao planejamento gestacional ou dele derivados, não se observa nesse estudo significância estatística com a variável desfecho para abortamento ou paridade. Esse resultado diverge de estudos anteriores, que evidenciaram que grávidas primigestas têm maior probabilidade para sintomas depressivos devido a insegurança da primigesta, face às novas responsabilidades que se delineiam diante de si, podendo ocasionar medo e insegurança.^[7]

No estudo conduzido por Schiavo, Rodrigues e Perosa^[23] os sintomas ansiosos (sintomas do Fator I do SRQ-20) foram mais prevalentes em multiparas de baixa renda, em níveis comparativamente superiores às primigestas, que também apresentaram sintomas ansiosos; porém, principalmente devidos à ameaça de abortamento. Segundo os autores, a multiparidade provavelmente se relaciona em níveis mais elevados de ansiedade devido à tendência entre multiparas de menor escolaridade, salários e renda familiar e maior vulnerabilidade econômica. Todavia, no presente estudo, essas variáveis relacionadas à multiparidade não se apresentaram significantes por motivos já expostos.

Por fim, neste estudo o acompanhamento psicológico evidencia significância estatística, confirmando proteção ao transtorno mental comum. Esses resultados são analisados por Almeida et al.^[18] afirmando que durante o pré-natal há maior possibilidade de rastreamento de transtornos mentais devido à frequência de consultas, o que possibilita a definição de uma relação causal com desenvolvimento da hipótese sindrômica em diagnósticos etiológicos e facilitando a abordagem terapêutica adequada ao diagnóstico estabelecido.

É contraditória, neste estudo, a ausência de significância estatística na variável acompanhamento médico. Contudo, isso pode ser entendido, segundo Castilhos, Santos e Lima^[20] pela maior ênfase dada aos transtornos psicóticos ocorridos no pós-parto, uma vez que estes geram mais hospitalizações. Recebendo, portanto, maior atenção dos profissionais de saúde. Para Lopes et al.^[24] o estigma associado à saúde mental e à crença de que certos sentimentos são inerentes ao período gestacional dificulta a externalização dos sintomas de sofrimento mental ao profissional de saúde.

Entende-se que a brevidade em que as consultas se processam e o tempo disponível para anamnese, exame físico, prescrição, preenchimento do prontuário, caderneta de gestante e orientações seja exíguo em decorrência da grande demanda de pacientes. O controle sistemático do tempo de certa maneira impede que a narrativa de sofrimento mental seja devidamente exposta durante a consulta médica, sendo essas gestantes encaminhadas ao serviço de psicologia, onde manifestam seus sintomas de sofrimento mental.

5. CONCLUSÃO

O estudo permitiu analisar a prevalência do transtorno mental comum durante a assistência pré-natal realizada nas unidades de saúde em São Luís demonstrando uma elevada prevalência do TMC em gestantes quando comparada à prevalência na população geral.

Para aprimorar a prestação de cuidado no pré-natal, sugere-se maior atenção dos profissionais não apenas para a sintomatologia orgânica ou cumprimento de protocolos, porém atentar com igual ênfase para a saúde mental da gestante.

Analogamente, conhecer as variáveis diretamente envolvidas com o desenvolvimento do TMC é útil para tornar esse aprimoramento mais efetivo e objetivo, uma vez que no contexto da Atenção Primária à Saúde a quantidade também é, em certo sentido, qualidade. Uma vez que a parcela de população atendida pela estrutura da ESF é ampla e precisa ser devidamente absorvida.

Assim, idade, estado civil, planejamento da gravidez e acompanhamento psicológico devem ser primariamente considerados e avaliados dentro do contexto de predisposição ou proteção ao TMC, como informações de alarme. Nesse sentido, sugere-se aos profissionais de saúde que usem essas informações para tecer estratégias de identificação, abordagem e seguimento das gestantes, que podem ser divididas em grupos com ou sem fator de risco para desenvolvimento do TMC. Com efeito, a aplicação do SRQ-20 nesse paradigma organizacional, enquanto instrumento de rastreamento, será otimizado.

Por conseguinte, considerando a saúde na sua acepção universal, incluindo o bem-estar emocional, esse planejamento contribuirá para o fortalecimento da estrutura da ESF mediante a consolidação dos seus princípios, em especial a longitudinalidade do cuidado, a abordagem familiar e o enfoque comunitário.

REFERÊNCIAS

- [1] GOLDBERG, D.; HUXLEY, P. Common mental disorders: a bio-social model. 2 ed. London: Tavistock/Routledge, 1993.
- [2] GONÇALVES, D.M.; STEIN, A.T.; KAPCZINSKI, F. Performance of the Self- Reporting Questionnaire as a psychiatric screening questionnaire: a comparative study with Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cadernos de Saúde Pública*, v.24, n.2, p.380-380, 2008.
- [3] SKAPINAKIS, P.; BELLOS, S.; KOUPIDIS, S.; GRAMMATIKOPOULOS, I.; THEODORAKIS, P.N.; MAVREAS, V. Prevalence and sociodemographic associations of common mental disorders in a nationally representative sample of the general population of Greece. *BMC Psychiatry*, v.13, p.163, 2013.
- [4] FONE, D.; GREENE, G.; FAREWELL, D.; WHITE J, KELLY M, DUNSTAN F. Common mental disorders, neighbourhood income inequality and income deprivation: small-area multilevel analysis. *The British Journal of Psychiatry*, v.4, p.286-293, 2013.
- [5] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental. Brasília, DF, 2013.
- [6] MACHADO, A. Neuroanatomia funcional. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2006.
- [7] LIMA, M.O.P.; TSUNECIRO, M.A.; BONADIO, I.C.; MURATA, M. Sintomas depressivos na gestação e fatores associados: estudo longitudinal. *Acta paul. Enferm.*, v.30, n.1, p.39-46, 2017.
- [8] IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE cidades: perfil dos municípios brasileiros: Brasil: Maranhão: São Luís. 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ma/sao-luis/pesquisa/1/21682>>. Acesso em: 10 jan. 2019.
- [9] MARI, J.J.; WILLIAMS, P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. *The British Journal of Psychiatry*, v.148, n.1, p.23-26, 1986.
- [10] BORGES LH, MEDRADO MA. Transtornos mentais menores entre trabalhadores de uma usina siderúrgica. *Rev Brasileira de Saúde Ocupacional*, v.21, n.77, p.7-18, 1993.

- [11] REELER, A.P.; IMMERMANN, R. A preliminary investigation into psychological disorders among Mozambican refugees: prevalence and clinical features. *The Central African Journal of Medicine*, v.40, n.11, p.309-315, 1994.
- [12] MUMFORD, D.B.; SAEED, K.; AHMAD, I.; LATIF, S.; MUBBASHAR, M.H. Stress and psychiatric disorder in rural Punjab: a community survey. *The British Journal of Psychiatry*, v.170, p.473-478, 1997.
- [13] HUSSAIN, N.; CREED, F.; TOMENSON, B. Depression and social stress in Pakistan. *Psychological Medicine*, v.30, n.2, p.395-402, 2000.
- [14] SANTOS KO, ARAÚJO TM, OLIVEIRA NF. Factor structure and internal consistency of the Self-Reporting questionnaire (SRQ-20) in an urban population. *Cadernos de Saúde Pública*, v.25, n.1, p.214-222, 2009.
- [15] LUCCHESI, R.; LUCCHESI, R.; SILVA, G.C.; VERA, I.; SOUZA, L.M.M.; MENDONÇA, R.S. Fatores associados à probabilidade de transtorno mental comum em gestante: estudo transversal. *Esc. Anna Nery*, v.21, n.3, p.1-6, 2017.
- [16] STEEL, Z. et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. *Int J Epidemiol*, v.43, n.2, p.476-93, 2014.
- [17] COSTA, D.O.; SOUZA, F.I.S.; PEDROSO, G.C.; STRUFALDI, M.W.L. Transtornos mentais na gravidez e condições do recém-nascido: estudo longitudinal com gestantes assistidas na atenção básica. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.23, n.3, p.691-700, 2018.
- [18] ALMEIDA, M.S.; NUNES, M.A.; CAMEY, S.; PINHEIRO, A.P.; SCHMIDT, M.A. Mental disorders in a sample of pregnant women receiving primary health care in Southern Brazil. *Cad Saúde Pública*, v.28, n.2, p.385-393, 2012.
- [19] MAHENGHE B. et al. The prevalence of mental health morbidity and its associated factors among women attending a prenatal clinic in Tanzania. *Int J Gynaecol Obstet*, v.130, n.3, p.261-265, 2015.
- [20] CASTILHOS, C.C.A.; SANTOS, M.L.N.; LIMA, R.N. Transtornos mentais na gravidez: gestantes assistidas na atenção primária. *Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde*, v.2, n.4, p.86-9, 2020.
- [21] RWAKAREMA, M.; PREMJI, S.; NYANZA, E.C.; RIZIKI, P.; PALACIOS-DERFLINGER, L. Antenatal depression is associated with pregnancy-related anxiety, partner relations and wealth in women in Northern Tanzania: a cross-sectional study. *BMC Women's Health*, v.15, p.68, 2015.
- [22] GONZÁLEZ-MESA, E. et al. Correlates for the state and trait anxiety in a multicultural sample of Turkish and Spanish women at first trimester of pregnancy. *Journal of Affective Disorders*, v.24, p.91-7, 2019.
- [23] SCHIAVO, R.A.; RODRIGUES, O.M.P.R.; PEROSA, G.B. Variáveis associadas à ansiedade gestacional em primigestas e multigestas. *Trends Psychol*, v.28, n.4, p.2091-104, 2018.
- [24] LOPES, R.S.; LUCCHESI, R.; SILVA, G.C.; VERA, I.; SOUZA, L.M.M.; MENDONÇA, R.S. O período gestacional e transtornos mentais: evidências epidemiológicas. *Humanidades e Tecnologia em Revista (FINOM)*, v.19, v.1, p.35-54, 2019.

Fatores e práticas relacionados à infecção hospitalar: procedimentos invasivos realizados pela equipe de enfermagem

Factors and practices related to hospital infection: invasive procedures performed by the nursing team

Joelson dos Santos Almeida¹

joelsonalmeida2011@gmail.com

Gisele Bezerra da Silva²

gi-bezerra@hotmail.com

Vanessa Valéria de Araújo Lima²

vanessa_val04@outlook.com

Daniel Galeno Machado¹

enfermagem.daniel@outlook.com

Tallys Newton Fernandes de Matos¹

tallysnfm@gmail.com

Jonas Alves Cardoso²

jnscardoso@hotmail.com

***Autor correspondente**

¹Universidade Estadual do Ceará - UECE,
Fortaleza- CE, Brasil.

²Universidade Estadual do Piauí – UESPI,
Parnaíba- PI, Brasil.

Revista Científica do ITPAC,

v. 16, n. 1, 2023.

ISSN: 1983-6708

Resumo

As infecções hospitalares podem acontecer por diversos fatores, entres a falta de adesão às medidas assépticas pelos profissionais da saúde e de Enfermagem, resultando desde a maior permanência ao óbito. Este trabalho teve por objetivo identificar práticas ou fatores relacionados à procedimentos invasivos de enfermagem que favorecem a ocorrência de infecção hospitalar. Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa. A coleta de dados foi realizada em serviço público de saúde, utilizou-se um roteiro de observação em que foram vistos procedimentos e dividindo-os por categorias: cateterismo vesical, curativo, aspiração de vias aéreas, punção venosa periférica e higienização das mãos sendo analisados por estatística descritiva. Observou-se que no cateterismo vesical não foi realizado de forma adequada em setores de enfermagem com 50% das observações. E, quanto às punções venosas periféricas, 42,8% das observações não usaram EPIs adequados e, por fim, durante os procedimentos, a higienização das mãos, 41,2% não a realizaram. A existência de falhas na prevenção da infecção hospitalar, como a falta de materiais, a não adesão dos profissionais a ações preventivas como a lavagem das mãos, uso de luvas e técnicas incompletas durante os procedimentos podem levar a quebra da cadeia asséptica.

Palavras-chave: enfermagem; epidemiologia; infecção hospitalar.

Abstract

Hospital infections can occur due to several factors, including the lack of adherence to aseptic measures by health and nursing professionals, resulting from a longer stay to death. This work had as objective to identify practices or factors related to invasive nursing procedures that favor the occurrence of nosocomial infections. This is a descriptive research with a quantitative approach. Data collection was carried out in a public health service, an observation script was used in which procedures were seen and dividing them into categories: bladder catheterization, dressing, airway aspiration, peripheral venous puncture and hand hygiene being analyzed by descriptive statistics. It was observed that the vesical catheterization was not performed properly in ward sectors with 50% of the observations. As for peripheral venous punctures, 42.8% of the observations did not use adequate PPE and, finally, during the procedures, 41.2% did not perform hand hygiene. The existence of flaws in the prevention of nosocomial infection, such as lack of materials, non-adherence of professionals to preventive actions such as hand washing, use of gloves and incomplete techniques during procedures can lead to a break in the aseptic chain.

Keywords: nursing; epidemiology; hospital infection.

1. INTRODUÇÃO

A alta incidência de infecção hospitalar (IH) é uma das maiores preocupações na área da saúde e atualmente atinge grandes proporções em escala mundial, considerando-se uma questão de saúde pública. As infecções ocorrem em média, entre 5 a 17% dos pacientes internados, o que aumenta em média 15 dias de internação hospitalar e pode evoluir para

óbito. Entre as IH mais comuns estão: do sistema urinário, sistema vascular, feridas cirúrgicas e sistema respiratório (SANTANA et al., 2015).

Neste contexto, há múltiplos fatores que podem levar a uma IH. Segundo Zembruksi e Orso (2014), a IH é um agravamento importante da nossa realidade, podendo causar risco à saúde do paciente, maior risco de internação hospitalar gerando mais custos a instituição e mantendo os hospitais lotados. As causas

principais da Infecção Hospitalar (IH) são: esterilização e desinfecção inadequada dos equipamentos, quebra na rotina de limpeza da instituição e quebra dos procedimentos de rotina da enfermagem e médica.

Destaca-se também que os fatores de risco associados à aquisição de infecções, de um modo geral, estão relacionados ao próprio paciente, aos procedimentos invasivos e ao ambiente hospitalar. Contudo, a probabilidade de o paciente adquirir uma infecção aumenta, na medida em que se utilizem equipamentos técnicos necessários ao seu tratamento, visto que tem possibilidade de romper suas defesas orgânicas. O controle da infecção hospitalar pode ser feito de diversas maneiras (GIAROLA et al, 2012). De acordo com Lopez e La Cruz (2002) dentre estas maneiras estão: a lavagem das mãos, uma boa assepsia, a utilização de antissépticos, uso de equipamentos de proteção e o adequado manuseio do material estéril.

Algumas IH são evitáveis, aquelas que se podem prevenir interferindo na cadeia de transmissão dos microrganismos. Essa interrupção pode ser realizada por meio de medidas realizadas pelos profissionais de saúde reconhecidamente eficazes como: lavagem das mãos, utilização de equipamentos de proteção individual e a correta realização das medidas de assepsia (PEREIRA et al., 2005).

Neste cenário, os enfermeiros possuem um importante papel como controladores das IH, dentre as atividades realizadas para esse controle, destacam-se: diagnosticar e notificar os casos de infecção hospitalar, avaliar e implementar medidas de prevenção, identificar os riscos, inspecionar a aplicação correta das técnicas assépticas pelos membros da equipe e ser disseminador das ações de prevenção entre a equipe e os demais setores (BARBOSA; CARVALHO, 2007).

A equipe de enfermagem é o grupo que maior tempo fica em contato com os pacientes internados. Seu trabalho inclui a prestação de cuidados e a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, tornando-a um elemento fundamental na prevenção, detecção e controle da IH (FERREIRA, 2021). Com isso, o objetivo deste estudo foi identificar fatores e práticas relacionados à infecção hospitalar durante a realização de procedimentos invasivos pela equipe de enfermagem.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo com observação direta com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada em um hospital público no interior do Piauí, o qual constitui um centro de referência para uma região de saúde, onde são oferecidos os serviços de atendimento ambulatorial, clínico, de urgência e emergência, através da assistência em seus diferentes setores, totalizando 145 leitos. Os setores escolhidos para o estudo foram: “Clínica Médica”, “Clínica Cirúrgica”, “Pronto Socorro”, “Unidade de Terapia Intensiva” e “Obstetrícia”, pela característica da realização de muitos procedimentos invasivos.

Os participantes indiretos da pesquisa foram 64 enfermeiros e 62 técnicos de enfermagem que atuam na instituição, observados durante a realização de procedimentos pré-selecionados. Os critérios de inclusão adotados foram: enfermeiros e técnicos de enfermagem que estavam

trabalhando durante o período de observação nos períodos diurno e noturno.

Os dados foram coletados através da aplicação de um roteiro semiestruturado de observação elaborado com base nos Manuais de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) da própria instituição e na literatura. Foi elaborado um instrumento para cada procedimento a seguir: “sondagem vesical de alívio e demora”, “curativo de ferida cirúrgica e curativo de ferida crônica”, “aspiração de vias aéreas” e “punção venosa periférica”. Os mesmos foram escolhidos por apresentarem alto potencial de causar infecção hospitalar.

A coleta de dados foi realizada no período de abril a maio de 2018. O roteiro de observação contemplou apenas as etapas com potencial de causar infecção hospitalar com foco nos princípios que regem a prevenção da infecção hospitalar relacionada a procedimentos invasivos e a dinâmica de trabalho.

Foram observados 126 procedimentos, que foram categorizados de acordo com a equipe de enfermagem, em 03 categorias: categoria I: cateterismo vesical; categoria II: punção venosa periférica; e III: higienização das mãos. A categoria III, higienização das mãos, deu-se pelo motivo de ser este o principal procedimento para prevenção da infecção hospitalar, sendo os dados tratados por estatística descritiva.

A pesquisa foi autorizada na instituição, e aprovada no Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da UESPI sob o parecer nº 1.513.959, respeitando-se os princípios contidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram observados 26 procedimentos de cateterismo vesical de demora, sendo 15 masculinos e 11 femininos, no entanto, ambos seguem os mesmos padrões de antisepsia, portanto, foram agrupados em uma única categoria. Os critérios de avaliação do procedimento foram: adequabilidade do material, utilização de material estéril, higienização das mãos, utilização de luva estéril, realização da antisepsia correta do meato uretral, utilização da técnica de sistema fechado e manuseio correto da bolsa coletora (Tabela 01).

TABELA 01 – Cateterismo Vesical de Demora

	UTI	P. S.	C. C.	C. M.	C. O.
Quantidade	06	07	04	06	03
Material Adequado	0	0	0	0	0
Material Estéril	06	07	04	06	03
Luva Estéril	06	07	04	06	03
Antissepsia Correta	03	04	04	06	01
Sistema Fechado	06	07	03	06	03
Manuseio Correto	06	06	04	06	03

Fonte: dados da pesquisa, 2018.

Para a prevenção dos casos de ITU's, torna-se indispensável a utilização de medidas corretas no procedimento de cateterismo vesical, como: o uso de técnicas

assépticas, treinamento dos profissionais para a realização das mesmas, o correto manuseio da bolsa coletora e o uso do sistema fechado (VIEIRA, 2009). Prosseguindo-se a análise da realização desse procedimento, nota-se que algumas etapas importantes para a prevenção da infecção do trato urinário foram transgredidas. Pode-se observar que em 100% dos casos o material utilizado não era adequado, este é um fator relacionado à instituição que também tem papel importante na prevenção de infecções. Sendo que esta não disponibiliza os recursos necessários para a disponibilização da bandeja de cateterismo vesical.

Os procedimentos foram realizados sem o uso de pinças, cuba rim e do campo fenestrado. E segundo Souza et al., (2007), a utilização de materiais avulsos estéreis possibilita a quebra da cadeia asséptica. Dentre os princípios de assepsia, Potter e Perry (2013) citam que a manipulação de materiais estéreis deve ser realizada sobre campo estéril.

Identificou-se também que em 100% dos casos não houve a higienização da genitália externa, como também a incorreta antisepsia do meato uretral na UTI (50%), Pronto Socorro (P.S.) (42,8%) e Centro Obstétrico (C.O.) (66,6%), não seguindo a ordem de antisepsia do local menos contaminado para o mais contaminado, e nos casos de cateterismo masculino não houve a retração do prepúcio para antisepsia correta da glândula. No estudo realizado por Souza et al., (2007) é visto que a antisepsia prévia é fundamental para a prevenção de infecções pois consiste em um processo de eliminação e inibição de microrganismos da pele e mucosas e deve ser realizada com polivinilpirrolidona-iodo (PVP-I). Atualmente, a sequência recomendada para a higienização é com início no meato uretral por ser a área com menos contaminação.

Em apenas 01 (25%) caso na Clínica Cirúrgica (C.C.) a conexão da sonda com o tubo coletor da bolsa ocorreu após sua inserção, o que não garantiu a técnica de sistema fechado. Considera-se que a técnica de conexão prévia facilita a execução do procedimento, garante o sistema fechado e evita o respingo de urina na mucosa ocular (Souza et al., 2007).

No Pronto Socorro (P.S.), em 14,2% dos casos a bolsa coletora não foi manuseada corretamente, sendo mantida acima do nível da bexiga do paciente por alguns momentos. Segundo Potter e Perry (2013) a urina na bolsa coletora e no cateter torna-se um meio de propagação para bactérias, se essa urina fluir novamente para a bexiga, é mais provável o desenvolvimento de uma infecção. Houve destaque para o setor Clínica Médica (C.M.) onde o procedimento foi realizado corretamente em todas as etapas de observação.

Categoria II - Punção Venosa Periférica

A punção venosa periférica é um procedimento rotineiro usado para a infusão de líquidos, medicamentos, sangue e seus componentes através de um cateter venoso periférico na rede venosa, proporcionando efeito imediato (MELO et al., 2015).

A instalação de um cateter venoso é um dos procedimentos realizados com maior frequência em hospitais, embora favoreça o acesso vascular necessário, sua utilização coloca o paciente em risco de infecções sistêmicas e locais, causadas pelo não uso de técnica asséptica. As complicações mais frequentes são: hematoma, trombose, flebite, infiltração extravasamento, infecção local e espasmo venoso (XAVIER et al., 2011).

Foram observadas 45 punções, a maioria realizada pelos técnicos em enfermagem dos setores. Para a avaliação desses procedimentos foram analisados: adequabilidade do material, higienização das mãos, utilização de luvas de procedimento e realização da antisepsia do local com álcool 70% (Tabelas 02 e 03).

TABELA 02 - Punção Venosa Periférica realizada por Técnicos.

	UTI	P. S.	C. C.	C. M.	C. O.
Quantidade	07	16	07	08	04
Material Adequado	07	16	07	08	04
Luva Procedimento	04	09	07	08	04
Antisepsia com álcool 70%	07	15	07	08	04

Fonte: dados da pesquisa, 2018.

TABELA 03 - Punção Venosa Periférica realizada por Enfermeiros.

	UTI	P. S.	C. C.	C. M.	C. O.
Quantidade	01	01	00	01	00
Material Adequado	01	01	00	01	00
Luva Procedimento	01	01	00	01	00
Antisepsia com álcool 70%	01	01	00	01	00

Fonte: dados da pesquisa, 2018.

Nos casos observados acima, é notório a não utilização de luvas de procedimentos na maior parte das punções realizadas por técnicos em enfermagem. Em 03 (42,8%) dos procedimentos realizados na UTI não foi utilizada a luva pelos profissionais, como também em 07 (43,7%) dos casos do Pronto Socorro, sendo este último setor passivo de uma grande demanda de pacientes. Em comparação ao estudo de Melo et al., (2015), onde foi verificado que a maioria dos sujeitos da pesquisa (83,7%) sempre utilizava luvas e foi visto que é de fundamental importância o uso de EPI's na realização de procedimentos, as luvas constituem uma barreira de proteção para os profissionais, porém muitos não utilizam por falta de hábito, falta de recursos, incomodo ou a perda do tato para a palpação da veia.

A antisepsia do local onde é introduzido o cateter venoso, não foi realizada em apenas 01(6,25%) dos casos no Pronto Socorro. Isso vai contra os princípios de antisepsia, pois, segundo Paiva e Murai (2012), o álcool a 70% possui grande eficácia na redução de microrganismos da pele. Foi observado também que após a antisepsia do local a maioria dos profissionais voltava a contaminar o mesmo, durante a palpação da veia para a inserção do cateter, como também é possível salientar que em alguns casos houve a reutilização dos dispositivos quando não obteve êxito na primeira tentativa. As punções realizadas por enfermeiros estão em conformidades com as técnicas assépticas.

Categoria I: Cateterismo Vesical

O cateterismo vesical consiste na inserção de uma sonda na bexiga através do canal uretral, com a finalidade de

drenar urina. É indicada principalmente para drenagem por obstrução crônica, disfunção vesical, drenagem após cirurgias pélvicas e urológicas e como medida de diurese em pacientes críticos (SANTOS; SANTOS, 2014). Sendo dividido em cateterismo de alívio e de demora. Contudo, no presente estudo não foram observados cateterismo de alívio durante o período de observação.

Foram observados 26 procedimentos de cateterismo vesical de demora, sendo 15 masculinos e 11 femininos, no entanto, ambos seguem os mesmos padrões de antisepsia, portanto, foram agrupados em uma única categoria. Os critérios de avaliação do procedimento foram: adequabilidade do material, utilização de material estéril, higienização das mãos, utilização de luva estéril, realização da antisepsia correta do meato uretral, utilização da técnica de sistema fechado e manuseio correto da bolsa coletora (Tabela 04).

TABELA 04 – Cateterismo Vesical de Demora. Parnaíba-PI, 2018. (n=26)

	Unidade de Terapia Intensiva	Pronto Socorro (P.S.)	Centro cirúrgico (C. C.)	Clínica Médica (C. M.)	Centro Obstétrico (C. O.)
Quantidade	06	07	04	06	03
Material Adequado	0	0	0	0	0
Material Estéril	06	07	04	06	03
Luva Estéril	06	07	04	06	03
Antisepsia Correta	03	04	04	06	01
Sistema Fechado	06	07	03	06	03
Manuseio Correto	06	06	04	06	03

Fonte: dados da pesquisa, 2018.

Para a prevenção dos casos de ITU's, torna-se indispensável à utilização de medidas corretas no procedimento de cateterismo vesical, como: o uso de técnicas assépticas, treinamento dos profissionais para a realização das mesmas, o correto manuseio da bolsa coletora e o uso do sistema fechado (VIEIRA, 2009). Prosseguindo-se a análise da realização desse procedimento, nota-se que algumas etapas importantes para a prevenção da infecção do trato urinário foram transgredidas. Pode-se observar que em 100% dos casos o material utilizado não era adequado, este é um fator relacionado ao real seguimento de protocolos institucionais que também tem papel na prevenção de infecções.

Observado que esta não disponibiliza os recursos necessários para a disponibilização da bandeja de cateterismo vesical.

Os procedimentos foram realizados sem o uso de pinças, cuba rim e do campo fenestrado. Segundo Souza et al., (2007), a utilização de materiais avulsos estéreis possibilita a quebra da cadeia asséptica. Dentre os princípios de assepsia, Potter e Perry (2013) citam que a manipulação de materiais estéreis deve ser realizada sobre campo estéril.

Identificou-se também que em 100% dos casos não houve a higienização da genitália externa, como também a incorreta antisepsia do meato uretral na UTI (50%), P.S. (42,8%) e C.O. (66,6%), não seguindo a ordem de antisepsia do local menos contaminado para o mais contaminado, e nos casos de cateterismo masculino não houve a retração do prepúcio para antisepsia correta da glândula. No estudo realizado por Souza et al., (2007) é visto que a antisepsia prévia é fundamental para a prevenção de infecções pois

consiste em um processo de eliminação e inibição de microrganismos da pele e mucosas e deve ser realizada com polivinilpirrolidona-iodo (PVP-I), clorexidina ou mesmo a limpeza prévia com água e sabão (CAMPOS et al., 2019). Atualmente, a sequência recomendada para a higienização é com início no meato uretral por ser a área com menos contaminação.

Em apenas 01 (25%) caso na Clínica Cirúrgica (C.C.) a conexão da sonda com o tubo coletor da bolsa ocorreu após sua inserção, o que não garantiu a técnica de sistema fechado. Considera-se que a técnica de conexão prévia facilita a execução do procedimento, garante o sistema fechado e evita o respingo de urina na mucosa ocular (SOUZA et al., 2007).

No Pronto Socorro (P.S.), em 14,2% dos casos a bolsa coletora não foi manuseada corretamente, sendo mantida acima do nível da bexiga do paciente por alguns momentos. Segundo Potter e Perry (2013) a urina na bolsa coletora e no cateter torna-se um meio de propagação para bactérias, se essa urina fluir novamente para a bexiga, é mais provável o desenvolvimento de uma infecção. No setor Clínica Médica (C.M.) o procedimento foi realizado corretamente em todas as etapas de observação.

Higienização das Mãos

Embora não se trate de um procedimento invasivo, a higienização das mãos foi analisada separadamente, por ser o item mais importante na prevenção de infecções segundo a literatura e por fazer parte obrigatoriamente de todos os procedimentos observados. Segundo Trannin et al., (2016) as mãos estão envolvidas em todo o processo de atendimento tornando-se o principal transmissor de microrganismos. Sendo assim, a higienização das mãos é recomendada antes e após o contato com o paciente e seu ambiente, constituindo uma norma básica em todas as instituições de saúde, como fundamental à prevenção de infecções nasocomiais.

A higienização das mãos reduz numericamente a microbiota bacteriana normal e as bactérias transitórias, diminuindo o risco de transferência para outros pacientes. Observa-se, que a transmissão de microrganismos pelas mãos ainda é a causa mais frequente de surtos de infecção. Mas apesar de todas as evidências sobre a importância das mãos na cadeia de transmissão, muitos profissionais e administradores hospitalares permanecem em atitude passiva diante do problema (SILVA et al., 2012).

Na análise do gráfico 01, é possível observar que em 100% dos procedimentos do estudo, a higienização não é realizada de acordo com o preconizado nas literaturas. Foram observados 126 procedimentos nos quais a higienização das mãos foi realizada: Antes e Depois (4,76%), Depois (51,5%), Antes (2,38%) e Não Realizou (41,2%). Os gráficos foram divididos pela lavagem das mãos por procedimentos e por setor.

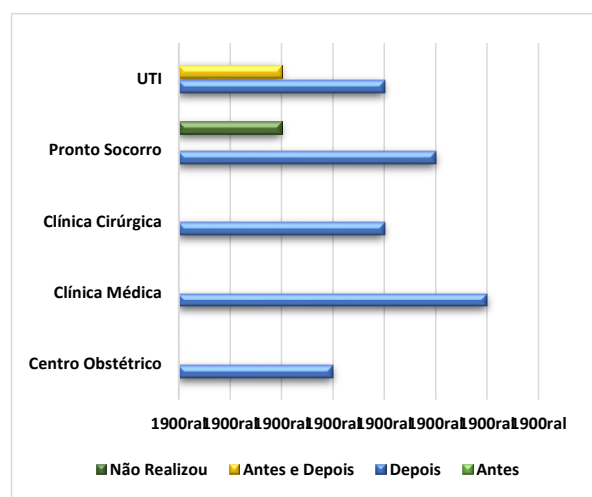
Na UTI dos 06 cateterismos observados a higienização das mãos foi realizada por 02 (33,3%) profissionais antes e depois e por 04 (66,6%) profissionais apenas depois. No PS dos 07 observados 05 (71,4%) realizaram depois, já 02 (28,5%) não realizaram. Nos outros setores: clínica médica 06 observações, clínica cirúrgica 04 e centro obstétrico 03, foram observados a higienização somente depois do procedimento em 100% dos casos.

O procedimento de punção venosa obteve a maior quantidade de não realização de higienização das mãos,

principalmente no P.S., a grande demanda de pacientes nesse setor pode ser uma das causas desse acontecimento, além da necessidade de rapidez de atendimento durante situações de emergência. Assim como Trannin et al., (2016) aponta em seu estudo, a adesão à prática de lavagem das mãos vem sendo difícil principalmente em serviços de emergência dos hospitais, onde muitas barreiras tem sido relatadas pelos profissionais, como exemplo: falta de tempo, processo de trabalho que requer agilidade, grande demanda e atendimento simultâneo a vários pacientes.

Durante a realização de curativos, foi visto que os profissionais não realizam a higienização entre os curativos em pacientes diferentes e nem mesmo em curativos diferentes no mesmo paciente. No estudo de Silva et al., (2012) avalia-se como principal objetivo da higienização das mãos prevenir infecções, evitar contaminação e manter a higiene. Logo, mesmo que o profissional utilize luvas, deve realizar a higienização para todos os procedimentos, sempre antes e depois de sua realização, melhorando a assistência prestada.

Gráfico 01 - Higienização das mãos no Cateterismo Vesical de Demora.



Fonte: Autores, 2022.

No estudo de Vieira et al., (2013), 100% dos profissionais não aderiram a prática correta de lavagem das mãos durante a realização de procedimentos, apesar da disponibilidade de produto próximo aos leitos. O mesmo autor enfatiza que os microrganismos mais associados a infecções estão presentes na flora transitória, aquela adquirida no cotidiano da assistência, essa flora é passível de eliminação por meio da lavagem das mãos.

Embora a qualidade da higienização das mãos não tenha sido o objeto do estudo vale salientar que durante as observações foi possível notar que mesmo realizando a

lavagem das mãos, a técnica da mesma não é realizada da forma preconizada. Esse resultado também foi encontrado no estudo de Mendonça et al., (2003), onde fica evidenciado que o procedimento da técnica de lavagem das mãos é, na maior parte das vezes, inadequado pelo esquecimento de algumas etapas desse procedimento, provavelmente pela sobrecarga de serviço, onde existe a preocupação com a quantidade e não com a qualidade. Observando-se que as falhas na técnica são: não utilização de sabão, não extensão das partes a serem friccionadas e o não uso de adornos. As limitações do estudo estão relacionadas a possíveis desconfortos de alguns profissionais pela observação, foram alguns obstáculos enfrentados, diminuindo a quantidade de procedimentos observáveis. Porém, a quantidade de procedimentos foi suficiente no alcance dos objetivos do estudo, os procedimentos observados foram realizados por vários profissionais diferentes, sendo possível conhecer a rotina de cada equipe e analisar as práticas dos mesmos durante a realização dos procedimentos.

4. CONCLUSÃO

O estudo permitiu a análise das ações dos profissionais de enfermagem durante a prevenção de infecção na realização de procedimentos invasivos, destacando as etapas de cada procedimento que são inerentes à ocorrência de infecção.

Foi observado durante a construção deste, algumas falhas, tanto dos profissionais como da própria instituição na prevenção da IH. A falta de materiais corretos disponíveis, a não adesão dos profissionais as ações simples que evitam infecções como a lavagem das mãos e uso de luvas, que levaram a quebra da cadeia asséptica, constatando que as práticas para controle de infecção ainda são deficientes.

Os dados levantados mostram que o cateterismo vesical foi um dos procedimentos com maior número de falhas em suas etapas e punção venosa periférica necessita de adequações quanto a técnica executada. Em relação à higienização das mãos, ficou evidente que a maioria dos profissionais só a realizam após o procedimento.

Diante dos resultados, é necessário que aconteça ações de educação continuada com enfoque a ressignificar as técnicas de procedimento a fim de refletir sobre as práticas inadequadas, sensibilização a constante atualização dos procedimentos que são minimizadas com atividades de conhecimento dos riscos em cada procedimentos e suas repercussões na relação paciente-profissional.

Considera-se este estudo contribua na realização de novas pesquisas sobre a incidência da infecção hospitalar, como também a atuação da equipe de enfermagem na prevenção dessas infecções, conhecendo suas indagações sobre o tema.

REFERÊNCIAS

ALVES, A. N. F. et al. Conhecimento da enfermagem na prevenção de infecção hospitalar. *Rev. Inst. Ciênc. Saúde.*, v. 25, n. 4, p. 365-72, 2007.

BARBOSA, M. E. M.; CARVALHO, D. S. **A atuação do enfermeiro no controle de infecção hospitalar no Estado do Paraná.** Curitiba, 2007. 120f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós – Graduação, Universidade Federal do Paraná.

CUNHA, M. B.; SOUSA, L. R. M.; CASTRO, J. M. S. S.; MELO, G. L.; SOUSA, L. R. G.; CARVALHO, M. L. Avaliação do Conhecimento da Equipe de Enfermagem de um Hospital Público sobre a Prática de Curativo. **Rev. Interd.**, v. 8, n. 1, p. 83-90, 2015.

FARIAS, G. M.; FREIRE, I. L. S.; RAMOS, C. S. Aspiração endotraqueal: estudo em pacientes de uma unidade de urgência e terapia intensiva de um hospital da região metropolitana de natal – RN. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 08, n. 01, p. 63 – 69, 2006.

FERNANDES, A. T.; RIBEIRO FILHO, N.; BARROSO, E. A. **Conceito, cadeia epidemiológica das infecções hospitalares e avaliação custo-benefício das medidas de controle.** São Paulo, Atheneu, 2000.

FERNANDES, A. T. **Infecção Hospitalar e suas Interfaces na Área da Saúde. 1ª edição.** São Paulo: Atheneu; 2000.

FERREIRA, V. L. P. Atuação do enfermeiro no controle de infecção hospitalar e segurança do paciente. **Saúde Coletiva (Barueri)**, v. 11, n. 65, p. 6080-6089, 2021.

GIAROLA, L. B. et al. Infecção Hospitalar Na Perspectiva Dos Profissionais De Enfermagem: Um Estudo Bibliográfico. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá – UEM, 2012.

LÓPEZ, M. A.; LA CRUZ, M. J. R. **Guias Práticos de Enfermagem: Hospitalização.** Rio de Janeiro: Mc Graw Hill, 2002.

MELO, E. M.; ARAGÃO, A. L.; PESSOA, C. M. P.; LIMA, F. E. T.; STUDART, R. M. B.; SOUZA, L. P. Cuidados Dispensados pela Equipe de Enfermagem durante o Procedimento de Punção Venosa Periférica. **Rev. Enfermagem UFPE**, v. 9, n. 3, p. 1022-30, 2015.

MENDONÇA, A. P.; FERNANDES, M. S. C.; AZEVEDO, J. M. R.; SILVEIRA, W. C. R.; SOUZA, A. C. S. Lavagem das Mãos: Adesão dos Profissionais de Saúde em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Acta Scientiarum. Health Sciences.**, v. 25, n. 2, p. 147-153. 2003.

OLIVEIRA, R.; MARUYAMA, S. A. T. Controle de infecção hospitalar: histórico e papel do estado. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 10, n. 3, p. 775-83, 2008.

OLIVEIRA, R. S.; FERNANDES, A. P. N. L.; BOTARELLI, F. B.; ARAÚJO, J. M. N.; BARRETO, V. P.; VITOR, A. F. Fatores de risco para lesão na córnea em pacientes críticos na terapia intensiva: revisão integrativa. **J. res.: fundam. care.**, v. 8, n. 2, p. 4423-4434, 2016.

PAIVA, S. E.; MURAL, H. C. Eficácia do Uso do Álcool Etílico 70% na Antissepsia da Pele antes da Administração Vacinal. **Rev Enferm UNISA**, v.6, n. 1, p. 85-8, 2012.

PEREIRA, M. S. *et al.* A Infecção Hospitalar e Suas Implicações Para o Cuidar da Enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v. 14, n. 2, p. 250-257, 2005.

PEREIRA, M. S.; SILVA E SOUZA, A. C.; TIPPLE, A. F. V.; DAMACENO, A. P.;

POTTER, P. A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

RACKENBACH, K. M. A.; MORAES, A. C. Curativo de Incisão Cirúrgica. In: SILVA, S. C.; SIQUEIRA, I. L. C. P.; SANTOS, A. E. **Série Boas Práticas de Enfermagem em Adultos: procedimentos básicos.** São Paulo: Atheneu. 2008.

RODRIGUES, E. A. C. Infecções Hospitalares: Prevenção e Controle. São Paulo: Sarvier; 1997.

SANTANA, R. S. *et al.* Atribuição do Enfermeiro na Comissão de Controle de Infecção Hospitalar: Revisão Integrativa. **Rev. Pre. Infec e Saúde**, v. 1, n. 2, p. 67-75, 2015.

SILVA, J. L. L.; MACHADO, E. A.; COSTA, F. S.; ABREU, L. T. A.; TAVEIRA, R. P. C.; DINIZ, M. I. G. Conhecendo as Técnicas de Higienização das Mãos Descritas na Literatura: Refletindo sobre os Pontos Críticos. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 14, n. 1, p. 81-93, 2012.

SOUZA, A. C. S.; TIPPLE, A. F. V.; BARBOSA, J. M.; PEREIRA, M. S.; BARRETO, R. A. S. S. Cateterismo Urinário: Conhecimento e Adesão ao Controle de Infecção pelos Profissionais de Enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 9, n. 3, p. 724-735, 2007.

STIES, S. W.; LEANDRO, R. C.; NETO, M. L. C. Cuidados Intensivos Durante o Procedimento de Aspiração Orotraqueal e Traqueostomia. **Revista Digital – Buenos Aires**, v. 15, n. 143, p.1-8, 2010.

TRANNIN, K. P. P.; CAMPANHARO, R. V.; LOPES, M. C. B. T.; OKUNO, M. F. P.; BATISTA, R. E. A. Adesão à Higienização das Mãos: Intervenção e Avaliação. **Cogitare Enferm.**, v. 21, n. 2, p. 01-07, 2016.

VIEIRA, A. N.; ELIAS, C. A.; OLIVEIRA, G. W. S.; OLIVEIRA, M. L. D. Adesão aos princípios técnicos de prevenção e controle de infecção durante a aspiração traqueobrônquica em uma UTI. **Revista Baiana de Saúde Pública.**, v. 37, n. 1, p. 179-191, 2013.

XAVIER, P. B.; OLIVEIRA, R. C.; ARAÚJO, R. S. Punção Venosa Periférica: Complicações locais em Pacientes Assistidos em um Hospital Universitário. **Rev Enferm UFPE.**, v. 5, n. 1, p. 61-66, 2011.

ZEMBRUSKI, J.; ORSO, Z. R. A. Controle de Infecção Hospitalar: Orientações aos Pacientes, Familiares e Profissionais da Saúde. 2014.

Análise espaço-temporal do impacto da COVID-19 na vacinação de idosos no Brasil

Space-time analysis of the impact of COVID-19 on vaccination in the elderly in Brazil

Lucas Sousa Salgado^{*1}

lucasalgaado1@gmail.com

Marcos José de Souza Carvalho¹

marcoscarvalho.eco@gmail.com

Michelle Carvalho Maia¹

michellemaia1@yahoo.com.br

Analina Furtado Valadão¹

analina.valadao@univaco.edu.br

**Autor correspondente*

*¹União Educacional do Vale do Aço - UNIVAÇO,
Ipatinga- MG, Brasil.*

Revista Científica do ITPAC,

v. 16, n. 1, 2023.

ISSN: 1983-6708

Resumo

Objetivo: Realizar uma análise espaço-temporal da vacinação dos idosos brasileiros nos últimos 5 anos (2015-2019) e compreender os impactos da COVID-19 na vacinação dos anos de 2020 a 2022 nas regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul do Brasil. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal e retrospectivo correlacionando dados do DATASUS sobre as vacinas contra Influenzae, Dupla adulto (dT), Hepatite B, Febre Amarela e Pneumo-23 dos últimos 5 anos entregues pelo PNI. Para avaliar o impacto da pandemia sobre a vacinação, realizou-se o teste de quebra estrutural da série proposta e estimado o ponto ótimo da quebra a partir de funções propostas. **Resultados:** A vacinação contra Influenzae apresentou tendência crescente nas regiões Nordeste e Sul em todo período analisado (2015-2022), porém somente na região Centro-Oeste houve um aumento relacionado a pandemia. Houve queda das vacinas dT, Febre Amarela e Hepatite B em todo Brasil, porém não relacionadas a pandemia, indicando uma queda histórica em sua administração. Somente a vacina Pneumo-23 houve uma tendência crescente em todas as regiões do Brasil. **Conclusão:** Apesar da pandemia ter impactado negativamente em certas regiões do Brasil, pode-se concluir que desde 2015 ocorre uma queda na vacinação dos idosos, aumentando a morbimortalidade de patologias preveníveis.

Palavras-chave: idosos; PNI; SUS; vacinação.

Abstract

Objective: To carry out a vaccination space-time analysis of Brazilian elderly people in the last 5 years (2015-2019) and understand the COVID-19 impacts on vaccination from 2020 to 2022 in the Brazilian 5 regions. **Methods:** This is a cross-sectional and retrospective study correlating data on vaccines against Influenzae, Double adult (dT), Hepatitis B, Yellow Fever and Pneumo-23 of the last 5 years delivered by the PNI. To assess the impact of the pandemic on vaccination, the structural break test of the proposed series was performed, and the optimal break point was estimated from proposed functions. **Results:** Influenzae vaccination showed an increasing trend in the Northeast and South regions throughout the analyzed period (2015-2022), but only in the Midwest region was there an increase related to the pandemic. There was a drop in dT, Yellow Fever and Hepatitis B vaccines throughout Brazil, but not related to the pandemic, indicating a historic administration drop. Only the Pneumo-23 vaccine showed a growing trend in all regions of Brazil. **Conclusion:** Although the pandemic had a negative impact on certain regions, it can be concluded that since 2015 there has been a drop in vaccination of the elderly, increasing morbidity and mortality from preventable pathologies.

Keywords: elderly; PNI; SUS; vaccination.

1. INTRODUÇÃO

Com o aumento da expectativa de vida, o número global de pessoas com mais de 60 anos de idade deve dobrar até 2050, chegando a 2,1 bilhões. O de pessoas acima de 80 anos

é projetado para aumentar ainda mais, passando de um total de 125 para 434 milhões, de 2015 à 2050 (ONU, 2022). Sabe-se que a severidade de muitas infecções é maior em idosos do que em adultos mais jovens, e doenças infecciosas estão frequentemente associadas a sequelas a longo prazo (ATTAL et al., 2017). Isso representa um sério desafio para sistemas

públicos de saúde, e a prevenção de doenças infecciosas é, portanto, uma medida importante para garantir o envelhecimento saudável e melhoria da qualidade de vida (GADELHA et al., 2020). O grande sucesso da vacinação infantil é amplamente reconhecido, mas a necessidade de vacinação ao longo da vida e a importância da vacinação para os mais velhos é frequentemente subestimada (OZAWA et al., 2017).

No Brasil, quase 70% da população, aproximadamente 150 milhões de pessoas, dependem exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS), o sistema público que supervisiona o Programa Nacional de Imunizações (PNI). O SUS já deu grandes passos em direção à Cobertura Universal de Saúde (CUS), e o PNI, considerado nos últimos 30 anos o maior e melhor programa de vacinação do mundo (MASSUDA et al., 2018). Estima-se que 90 a 95% de todas as vacinas administradas no Brasil são oferecidas pelo PNI (GADELHA et al., 2020). Esse sucesso levou ao controle de uma série de doenças transmissíveis em todo o Brasil e serve como um modelo para a aplicação de vacinas em um país de renda média alta, social e geograficamente diversa (BRASIL, 2018).

O Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SIPNI) contém dados sobre a cobertura vacinal, doses individuais de vacinas, incidência de efeitos adversos e inventário imunobiológico. Por meio dos esforços do PNI em combinação com um sistema de cobertura universal de saúde (CUS) financiado pelo governo federal, o Brasil alcançou quase 100% de cobertura vacinal essencial gratuita para o público (MASSUDA et al., 2018). De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) idosos correspondem a 13,5% do total da população (NEVES et al. 2016). Esta mudança no perfil demográfico da população brasileira, ampliou os riscos de doenças devido às alterações fisiológicas consequentes da idade. O que promove um novo padrão de morbimortalidade na população idosa, sendo uma das causas principais as doenças respiratórias, como destaque a gripe provocada pelo vírus Influenzae e infecções bacterianas oportunistas (NEVES et al. 2016).

A pandemia do COVID-19, causada pelo vírus SARS-CoV-2, é uma crise sanitária mundial em andamento, cujo primeiro caso registrado no Brasil ocorreu em fevereiro de 2020 (AMATO et al., 2020). Em resposta à pandemia, diversas intervenções não farmacológicas foram implementadas, sendo uma das principais o isolamento social, o qual promoveu uma redução na rotina de vacinação e cuidados preventivos da população idosa (FERNANDES et al., 2020). Apesar de essas intervenções serem de extrema importância, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) recomendaram que os programas de vacinações fossem mantidos como um serviço de saúde essencial, o que na prática não aconteceu em 2020 (PAHO, 2020). Sabe-se que a vacinação constitui um dos principais meios de profilaxia, contribuindo para redução da mortalidade atribuível à influenzae (infecção viral aguda do sistema respiratório) e outras patologias em idosos, apresentando impacto direto na diminuição das internações e gastos hospitalares secundários (MOURA et al., 2015). O objetivo deste trabalho foi realizar uma análise espaço-temporal da vacinação dos idosos brasileiros nos últimos 5 anos e compreender os impactos da pandemia do COVID-19 na vacinação dos anos de 2020, 2021 e 2022.

2. METODOLOGIA

2.1. Características da população

Trata-se de um estudo transversal de caráter retrospectivo, para avaliar o impacto da pandemia do COVID-19 na cobertura vacinal de idosos no SUS. A análise incluiu todos os idosos, do sexo masculino e feminino, com idade igual ou superior a 60 anos, que durante o tempo do estudo residiam em território brasileiro. O estudo compreendeu dados das 5 regiões que compõem o território brasileiro, sendo estas Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul durante o período de 2015-2022.

2.2. Critérios de inclusão e exclusão

Como critérios de inclusão, selecionou-se todos os idosos, que receberam alguma das vacinas administradas pelo PNI constantes no DataSUS, sendo estas: Hepatite B, Febre Amarela, Dupla Adulto (dT), Influenzae, Pneumocócica-23-valente (Pneumo-23). Foram excluídos da análise todos os integrantes que não cumpriram com todos os critérios de inclusão estabelecidos, ou que, durante os anos analisados não residiam no Brasil.

2.3. Descrição dos procedimentos para a coleta de dados

Os dados disponíveis publicamente sobre a distribuição de vacinas estratificados por mês de 2015 a 2022 foram obtidos do banco de dados de distribuição de saúde federal de acesso aberto, designado DataSUS. Trata-se de um banco de dados de acesso público mantido pelo Departamento de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, que publica relatórios mensais de dados desagregados no município para uma ampla gama de diagnósticos e procedimentos. Todos os dados disponíveis para os anos de 2015-2022 foram recuperados e tratados de acordo com as normas da Resolução nº 466/12 de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde, Brasil.

As estimativas populacionais anuais de cada região foram obtidas para transformar os números de vacinas em taxa, e foram coletadas entre os anos de 2015 a 2022 do IBGE. Os números de casos de COVID-19 foram retirados por meio do sistema aberto do Hospital Johns Hopkins chamado: COVID-19 Dashboard mantido pelo Center for Systems Science and Engineering.

2.4. Análise estatística

Foram construídos os gráficos das séries por tipo de vacina, ano e região do Brasil. Para avaliar o impacto da pandemia sobre a aplicação de vacinas, foi feito o teste de quebra estrutural da série proposto e estimado o ponto ótimo da quebra a partir de funções propostas por Zeileis et al. (2002). A quebra estrutural é definida como uma mudança abrupta na série em um ponto do tempo, envolvendo mudanças na média ou em outros parâmetros no processo que produz a série. A hipótese nula é de não existência de pontos de quebra na série. A tendência das séries foi avaliada pelo teste de Mann-Kendall. As análises foram realizadas no programa R versão 4.2.0 e foi considerado significativo $p < 0,05$.

2.5. Aspectos éticos

Por se tratar de um banco de dados agregados de acesso aberto não identificado, este trabalho dispensou a submissão a um comitê de ética nacional, entretanto destaca-se que todos os cuidados éticos foram adotados para que minimize qualquer exposição de dado e para que não haja qualquer conflito de interesse.

3. RESULTADOS

Entre os anos de 2015 e 2022, o PNI distribuiu um total de 5.203.204 de doses em todo o Brasil, sendo que aproximadamente 59% destas doses foram na região Sudeste, seguidos de 20% na região Nordeste. A vacina com mais doses distribuídas em todas regiões do Brasil foi a dT, com 1.490.943 de doses, aproximadamente 29% do total, seguida da Pneumo-23 com 1.100.738 de doses (21%). O número de idosos com mais de 60 anos em cada região de acordo com IBGE foi: Sudeste (12.920.675), Centro-oeste (1.688.211), Norte (1.402.114), Nordeste (6.709.663) e Sul (4.565.908). Analisando cada uma das vacinas especificamente, pode-se observar quebras estruturais ou não em relação a pandemia, bem como sua tendência crescente ou decrescente ao longo do período analisado (Tabela 1).

Tabela 1. Probabilidades de significância (p-valor) do teste de quebra estrutural da série, pontos ótimos de quebra estimados e sentido das tendências significativas das séries de taxas de vacinação de pessoas de 60 anos ou mais, de janeiro de 2015 a junho de 2022.

Vacina	Centro-Oeste	Nordeste	Norte	Sudeste	Sul	Brasil
Influenzae	0,007	0,506	0,803	0,137	0,049	0,226
Ponto de quebra	NRP	-	-	-	Mar/20	-
Tendência	-	C	-	-	-	-
dT	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Ponto de quebra	NRP	NRP	NRP	NRP	NRP	NRP
Tendência	DC	DC	DC	DC	DC	DC
Febre amarela	<0,001	<0,001	<0,001	0,002	<0,001	<0,001
Ponto de quebra	NRP	NRP	NRP	NRP	NRP	NRP
Tendência	DC	DC	DC	DC	DC	DC
Hepatite B	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Ponto de quebra	NRP	NRP	NRP	NRP	NRP	NRP
Tendência	DC	DC	DC	DC	DC	DC
Pneumo-23	0,002	<0,001	<0,001	0,004	0,030	<0,001
Ponto de quebra	NRP	NRP	Mar/20	Mar/20	NRP	NRP
Tendência	C	C	C	C	C	C

NRP: ponto de quebra não relacionado à pandemia; DC: tendência decrescente; C: tendência crescente.

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

3.1. Influenzae

O gráfico da série de taxas de vacinação por 100.000 habitantes para Influenzae por regiões e para todo o Brasil está representado na Figura 1. Houve quebra estrutural não relacionada à pandemia na região Centro-Oeste ($p=0,007$), e quebra exatamente no início da pandemia, na região Sul, indicando aumento no nível da série ($p=0,049$). A série apresentou tendência crescente significativa na região Nordeste (Figura 1.).

3.2. dT

O gráfico da série de taxas de vacinação por 100.000 habitantes para dT por regiões e para todo o Brasil representa que houve quebra estrutural não relacionada à pandemia e tendência decrescente da série em todas as regiões (Tabela 1).

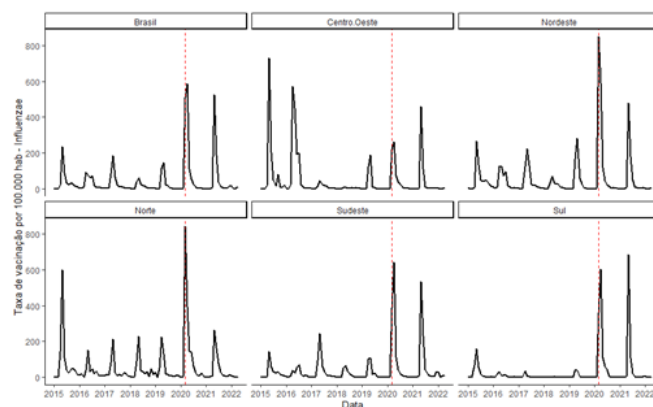


Figura 1. Taxa de vacinação para Influenzae por 100.000 habitantes, para pessoas de 60 anos ou mais, segundo ano de aplicação, a linha pontilhada vermelha marca o início da pandemia por COVID-19 (março de 2020).

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

3.3. Febre amarela

O gráfico da série de taxas de vacinação por 100.000 habitantes para dT por regiões e para todo o Brasil representa que houve quebra estrutural não relacionada à pandemia e tendência decrescente da série em todas as regiões (Tabela 1).

3.4. Hepatite B

O gráfico da série de taxas de vacinação por 100.000 habitantes para hepatite B por regiões e para todo o Brasil está representado na Figura 2. Houve quebra estrutural não relacionada à pandemia e tendência decrescente da série em todas as regiões (Figura 2.).

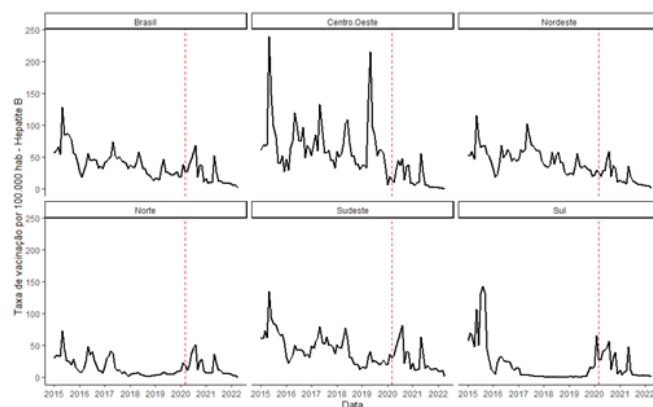


Figura 2. Taxa de vacinação para hepatite B por 100.000 habitantes, para pessoas de 60 anos ou mais, segundo ano de aplicação, a linha pontilhada vermelha marca o início da pandemia por COVID-19 (março de 2020).

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

3.5. Pneumo-23

O gráfico da série de taxas de vacinação por 100.000 habitantes para pneumo-23 por regiões e para todo o Brasil está representado na Figura 3. Houve quebra estrutural não relacionada à pandemia nas regiões Centro-Oeste ($p=0,002$), Nordeste ($p<0,001$), Sul ($p=0,030$) e para todo o Brasil ($p<0,001$). Nas regiões Norte ($p<0,001$) e Sudeste ($p=0,004$) a

quebra estrutural foi no início da pandemia, indicando aumento no nível da série. Foi observada tendência crescente da série em todas as regiões (Figura 3.).

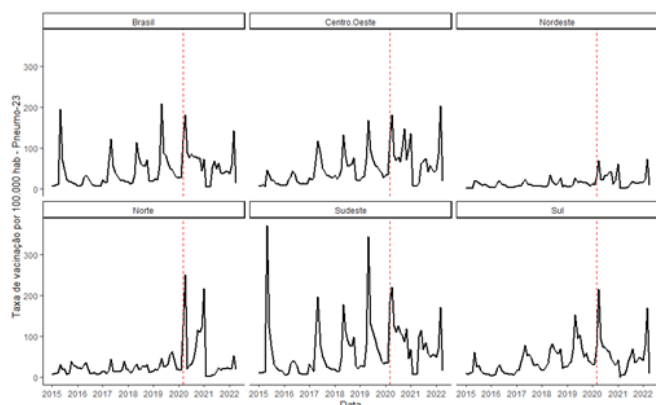


Figura 3. Taxa de vacinação para pneumo-23 por 100.000 habitantes, para pessoas de 60 anos ou mais, segundo ano de aplicação, a linha pontilhada vermelha marca o início da pandemia por COVID-19 (março de 2020).

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

4. DISCUSSÃO

Os resultados nos mostram diferentes comportamentos prévios e posteriores ao ponto de quebra, março de 2020, início da pandemia de SARS-CoV-2 no Brasil. Vale ressaltar que as taxas de vacinação provavelmente foram impactadas de maneiras diferentes, tanto por fatores pandêmicos quanto institucionais, visto no caso da Pneumo-23, aplicada em idosos institucionalizados desde 1999 (BRASIL, 2017). Por haver sido incorporada pelo CONITEC ao esquema profilático em crianças, adolescentes, adultos e idosos em situação de altíssimo risco em 2019 (BRASIL, 2018), justifica a sua crescente taxa de vacinação em todo o Brasil, sem maiores distinções entre as regiões, se mostrando uma decisão que já demonstra resultados positivos (EMANUEL et al., 2020).

Observa-se que a outra taxa de vacinação acrescida, mediante o evento histórico pandêmico, foi a Influenzae, em especial na região sul do país, onde vemos uma quebra estrutural de comportamento dos resultados e o recente movimento de ascensão que, devido aos sintomas que mimetizam os da COVID-19, a população de regiões mais temperadas buscou a vacina como meio de se proteger (SACHS et al., 2020). Quanto à cobertura no sudeste, não houve mudanças significativas, devido já ser uma região de taxas historicamente altas, enquanto no Centro-oeste e Nordeste houve um aumento não relacionado a pandemia, mais associado ao reforço institucional devido a alteração da

meta de cobertura vacinal contra Influenzae de 80% para 90%. (BRASIL, 2017).

As demais taxas mantiveram o comportamento decrescentes após o ponto de quebra, seguindo a tendência anterior. Ressalta-se que no caso da Febre Amarela, devido ao surto de 2017 e consequentes campanhas de vacinação então ocorridas, houve um aumento transitório nas taxas, porém relacionadas especificamente a esse ano (SCHEFFER, M. 2018). Entretanto temos de nos atentar quanto a futuros cenários, caso as taxas de imunização de dT e hepatite B em idosos continuem decrescendo, fato que já ocorria pré-pandemia, podendo indicar a necessidade de reforço de suas respectivas campanhas vacinais. Os futuros custos, humanos, imunológicos, sociais e econômicos da manutenção de um padrão decrescente fazem parte dos alertados pela OMS, que credita à vacinação em massa a prevenção de até 4 mortes por minuto em países de baixa e média renda, além de uma economia estimada de até 250 milhões diariamente (OMS, 2017).

De modo geral, idosos são uma parte do estrato social que mais se beneficiam das campanhas de imunização. Em 2017 por exemplo, 65,6% das vítimas da Síndrome Respiratória Aguda Grave por Influenza no país foram adultos com mais de 60 anos (SACHS et al., 2020). Ao levarmos em consideração que pneumonias bacterianas secundárias são favorecidas pelas infecções de influenza e que as formas mais graves se manifestam mais comumente em idosos, fica evidente a importância da imunização geriátrica. A vacinação não impacta positivamente apenas na qualidade de vida e controle epidemiológico da população, mas também na economia de recursos do sistema de saúde no melhor planejamento, reduzindo o número de internações por causas evitáveis (BRASIL, 2017).

5. CONCLUSÃO

A vacinação em massa da população idosa constitui atualmente um dos principais meios de profilaxia contra patologias de alta morbimortalidade, contribuindo para redução desta, bem como a redução de gastos públicos.

Com este trabalho evidenciou-se que a somente as vacinas contra Influenzae e Pneumo-23 apresentaram uma tendência crescente durante a pandemia. Contudo, houve queda expressiva nas taxas de vacinação da dT, Febre Amarela e Hepatite B bem antes da pandemia em todo Brasil, indicando uma falha na entrega destas vacinas pelo PNI. Apesar da pandemia ter impactado negativamente em certas regiões do Brasil, pode-se concluir que desde 2015 ocorre uma queda na vacinação dos idosos. Mais estudos são necessários para que pautem e endorsem a formulação de políticas de saúde pública direcionadas para as populações mais fragilizadas.

REFERÊNCIAS

- ATTAL N. et al. Functional decline and herpes zoster in older people: an interplay of multiple factors. *Aging Clin Exp*, v.27 p.757-65, 2015.
- AMATO M. et al. Relationship between Influenza Vaccination Coverage Rate and COVID-19 Outbreak: An Italian Ecological Study. *Vaccines*, v. 8, n.3, p. 535, 2020.

BRASIL. **Manual do Ministério da Saúde sobre a 19ª campanha nacional de vacinação contra Influenza. 2017.** Disponível em: http://pni.datasus.gov.br/sipni/03%2003%202017%20Informe_Cp_Influenza%20_%20final.pdf. Acessado em 20 de dezembro de 2022.

BRASIL. **Manual do Ministério da saúde sobre a 20ª campanha nacional de vacinação contra a influenza. 2018.** Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/abril/18/informe-cp-influenza--01-03-2018-word-final-28.03.18%20final.pdf>. Acessado em: 20 de dezembro de 2022.

EMANUEL E. et al. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. **The New England journal of medicine**, v. 382, n.21, p. 2049–2055, 2020.

FERNANDES L. M. M. et al. How a Primary Health Care Clinic in Brazil Faces Coronavirus Treatment within a Vulnerable Community: The Experience of the Morro da Conceição area in Recife. **NEJM Catal Innov Care Deliv**, 2020.

GADELHA C.A. et al. Acesso a vacinas no Brasil no contexto da dinâmica global do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.36, suppl.2, 2020.

MASSUDA A. et al. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. **BMJ Global Health**, v.3, p. 08-29, 2018.

MOURA R. et al. Fatores associados à adesão à vacinação anti-influenza em idosos não institucionalizados. **Caderno de Saúde Pública**, v. 31, n. 10, 2015.

NEVES R.G. et al. Vacinação contra influenza em idosos de Pelotas-RS, 2014: um estudo transversal de base populacional. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.25, n.4, p.755-766, 2016.

ONU. **Manifest of the department of economic and social affairs.** 2022. Disponível em: <https://www.un.org/en/development/desa/population/index.asp>. Acessado em: 20 de dezembro de 2022.

OZAWA S. et al. Estimated economic impact of vaccinations in 73 low-and middle-income countries, 2001–2020. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 95, n. 9, p. 629, 2017.

PAHO. **Summary of the Status of National Immunization Programs during the COVID-19 Pandemic.** 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/en/documents/summary-status-national-immunizationprograms-during-covid-19-pandemic-july-2020>. Acessado em: 21 de dezembro de 2022.

SACHS J.D. et al. Covid-19 Commission Statement on the occasion of the 75th session of the UN General Assembly. **The Lancet**, 396(10257), 1102-1124.2, 2020.

SCHEFFER M. **Demografia médica no Brasil.** São Paulo, SP: FMUSP, CFM, 2018.

ZEILEISI A. et al. Strucchange: An R Package for Testing for Structural Change in Linear Regression Models, **Journal of Statistical Software**, v. 1, 7(2), 1-38, 2002.

Epidemiologia de internações e óbitos por Diabetes Mellitus nas capitais da região sudeste brasileira entre 2018 e 2021

Epidemiology of admissions and deaths from Diabetes Mellitus in the capitals of the southeast Brazilian region between 2018 and 2021

Rhilary Gravatá Loubak Teixeira¹

rhilaryloubak@icloud.com

Ana Clara da Silva Lima¹

anaclaranoefe@icloud.com

Iago Ladeia Costa¹

iagoladeiacosta@hotmail.com

Analina Furtado Valadão¹

analina.valadao@afya.com.br

**Autor correspondente*

*¹Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga,
Ipatinga- MG, Brasil.*

Revista Científica do ITPAC,

v. 16, n. 1, 2023.

ISSN: 1983-6708

Resumo

Objetivo: avaliar a epidemiologia das internações e óbitos causados pelo DM nas capitais do Sudeste brasileiro nos anos de 2018 a 2021, descrevendo as taxas de mortalidade, letalidade, prevalência e internação para o entendimento da distribuição e evolução da doença. Método: trata-se de um estudo transversal descritivo realizado a partir de consulta à base de dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS e Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS), dos quais foram coletados dados de internações, óbitos, sexo, etnia e faixa etária. Resultados: no período 2018 a 2021, foram analisados 8.054.738 casos de pessoas portadoras de DM nas capitais do Sudeste, no qual houveram 31.243 internações hospitalares pela doença e 1.754 óbitos por DM nesse intervalo. Além disso, foi observado, importantes dados como, a taxa de prevalência, evidenciando que no RJ esse valor chega a 10,06/100Hab, sendo ela, a capital com maior índice, taxa de internação, sendo maior em BH com valores de 1,12/100 hab, letalidade e mortalidade mais evidentes em Vitória, com valores de 4,55/10.000 hab. e 3,29/100.000 hab. respectivamente. Já observando as internações, predominaram em homens e idosos com 60 a 69 anos em todas as regiões analisadas, quanto à etnia observou-se divergências, sendo a etnia parda predominante em Belo Horizonte (BH) e Vitória, branca em São Paulo (SP) e sem informações no Rio de Janeiro (RJ). Dados sobre óbitos mostraram predomínio entre mulheres no RJ e Vitória, e homens em BH e SP. Dados de óbitos por etnia mostram que RJ e SP há maior prevalência de idosos pardos entre 50 a 59 anos. Em BH e Vitória não foram encontradas essas informações. Conclusão: verificou-se uma importante repercussão nos óbitos e internações nas capitais do Sudeste, com uma tendência de aumento da prevalência dos casos de DM. Dessa forma, tal análise pode auxiliar em estratégias de prevenção e controle deste agravo, bem como gestão dos indicadores das políticas públicas e aprimoramento das estratégias da atenção primária a saúde.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus; epidemiologia; óbitos; internação.

Abstract

Objective: to assess the epidemiology of hospitalizations and deaths caused by DM in the capitals of the Southeast region of Brazil from 2018 to 2021, describing mortality rates, lethality, prevalence, and hospitalization to understand the distribution and evolution of the disease. Method: This is a cross-sectional, descriptive, and retrospective study based on consultation of data from the Hospital Information System of the Brazilian Unified Health System (SIH/SUS) and the Mortality Information System of the Ministry of Health (SIM/MS), from which data on hospitalizations, deaths, gender, ethnicity, and age group were collected. Results: in the period from 2018 to 2021, 8,054,738 cases of people with DM were analyzed in the capitals of the Southeast, with 31,243 hospitalizations due to the disease and 1,754 deaths from DM within this interval. Furthermore, important data were observed, such as the prevalence rate, with Rio de Janeiro having the highest value at 10.06/100 inhabitants, making it the capital with the highest rate, hospitalization rate, with the highest values in Belo Horizonte at 1.12/100 inhabitants, and lethality and mortality more pronounced in Vitória, with values of 4.55/10,000 inhabitants and 3.29/100,000 inhabitants, respectively. Hospitalizations predominated in men and the elderly aged 60 to 69 in all analyzed regions, while in terms of ethnicity, there were discrepancies, with pardo ethnicity predominant in Belo Horizonte (BH) and Vitória, white in São Paulo (SP), and no information in Rio de Janeiro (RJ). Data on deaths showed a predominance among women in RJ and Vitória and among men in BH and SP. Data on deaths by ethnicity show that RJ and SP have a higher prevalence of elderly pardos aged 50 to 59. No such information was found in BH and Vitória. Conclusion: there was a significant impact on deaths and hospitalizations in the capitals of the Southeast, with a trend of increasing prevalence of DM cases. Thus, this analysis can assist in strategies for prevention and control of this condition, as well as in managing public policy indicators and improving primary healthcare strategies.

Keywords: Diabetes Mellitus; epidemiology; hospitalizations; deaths.

1. INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus (DM) é definido como um distúrbio metabólico caracterizado por hiperglicemia persistente, geralmente por produção e/ou ação deficiente da insulina, provocando complicações no decorrer dos anos. A hiperglicemia não tratada está relacionada a complicações

crônicas em órgãos alvos, hospitalização, aumento de morbimortalidade e redução da qualidade de vida (SBD, 2020).

A Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) recomenda a classificação baseada na etiopatogenia do diabetes, que compreende o diabetes tipo 1 (DM1), o diabetes tipo 2 (DM2), o diabetes gestacional (DMG) e os outros tipos de diabetes. A hiperglicemia crônica do diabetes frequentemente está associada a dano, disfunção e insuficiência de vários órgãos, o

que leva a casos graves, podendo ocasionar em internações e posteriormente óbitos (VILAR, 2020).

O conhecimento epidemiológico sobre o diabetes mellitus produzido nos últimos 30 anos se ampliou significativamente graças aos esforços de padronização dos desenhos dos estudos, ao desenvolvimento de colaborações internacionais e à realização de grandes ensaios clínicos. Além de promover uma melhor percepção de sua importância crescente no perfil epidemiológico, em diversas regiões do mundo, isso também contribuiu para a identificação e a análise dos fatores de risco, abrindo sólidas perspectivas de prevenção tanto da doença como de suas complicações. A ocorrência do DM é um fenômeno global e afeta populações de todos os países em todas as fases de desenvolvimento. Dessa forma, observa-se o aumento da ocorrência da doença nas estatísticas de mortalidade, seja como causa primária ou devido a complicações relacionadas à mesma (LESSA, 2004; MUZY et al., 2021).

O aumento da prevalência do DM e suas complicações também implicam na redução da expectativa de vida e elevada mortalidade, resultando em 4 milhões de mortes em 2019. As complicações crônicas do diabetes mellitus acarretam prejuízos à capacidade funcional, autonomia e qualidade de vida dos indivíduos em longo prazo, com forte impacto na saúde e finanças dos indivíduos, além de suas famílias e nas economias globalmente. Assim, a análise das hospitalizações e da mortalidade decorrentes de diabetes mellitus, pode configurar como um indicador de qualidade da assistência pela Atenção Básica (AB), refletindo a efetividade das suas ações e o perfil dos indivíduos internados (PETERMANN et al., 2015; MUZY et al., 2021).

Destaca-se de tal modo, a importância de avaliar dados de prevalência da doença, internações, mortalidade e letalidade na população, visto que tal análise pode subsidiar novas estratégias de prevenção e controle deste agravo, bem como direcionar ações a serem realizadas pelos gestores e profissionais de serviços de saúde nas capitais analisadas. É visto que há pouco conhecimento e adesão ao tratamento correto da patologia, podendo ser por falta de conhecimento, orientação e conscientização. Comprovaram-se, nas últimas décadas, as altas taxas de mortalidade geradas pela doença nas capitais. Elucidar os impactos do DM na população contribuem para profissionais que trabalham, desde o cuidado direto ao paciente, até gestores, na criação, modificação e direcionamento de políticas públicas (GARCES et al., 2018).

Assim, o objetivo do estudo é avaliar a epidemiologia das internações e óbitos causados pelo DM e analisar o perfil sociodemográfico nas capitais do Sudeste brasileiro entre os anos de 2018 a 2021, descrevendo as taxas de mortalidade, letalidade, prevalência e internação para o entendimento da distribuição e evolução da doença.

2. METODOLOGIA

2.1. Características da população

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e retrospectivo realizado a partir de consulta à base de dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS o qual foi coletado o número de internações e Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS), coletado o número de óbitos, gerido pelo Ministério da Saúde por meio

da Secretaria de Assistência à Saúde, em conjunto com as Secretarias Estaduais de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, processados e disponíveis pelo Departamento de Informática do SUS - DATASUS.

2.2. Critérios de inclusão e exclusão

Como critérios de inclusão, selecionou-se toda população do Sudeste Brasileiro, de 20 a 80+ anos, que foram hospitalizados ou morreram por DM registrado no DataSUS. Foram excluídos da análise, todos os integrantes que não cumpriram com todos os critérios de inclusão estabelecidos, ou que, no durante os anos analisados não residiam no Brasil.

2.3. Descrição dos procedimentos para a coleta de dados

O diagnóstico principal de internação e causa básica do óbito relacionado ao DM está codificado segundo normas da Classificação Internacional de Doenças em sua Décima Revisão (CID 10), capítulo IV - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, na categoria E10 a E14 - Diabetes Mellitus. Foram consultados dados obtidos nas capitais brasileiras da região Sudeste; São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte e Vitória. Essas capitais são compostas por uma população total estimada de 22.072.168, em 2021, segundo dados coletados pelo sistema do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de Recuperação Automática - SIDRA 2021. Assim também, foram 5 extraído através do site VIGITEL BRASIL, nos anos de 2018 a 2021, o número total de 8.054.738 dos portadores de DM residente nas capitais analisadas. Os dados analisados deste estudo foram compostos de todos os casos de óbitos e internações por diabetes mellitus nas capitais brasileiras da região Sudeste, entre os anos de 2018 a 2021, no Sistema de Informações hospitalares (SIH) e disponível no site do DATASUS, pela plataforma Tabnet. As informações acerca das internações e óbitos foram observadas a partir da faixa etária entre 20 anos até 80+, etnia e sexo. As taxas de internações foram calculadas pela razão entre o número total de internações por diabetes mellitus nas capitais da região Sudeste brasileira, por sua população total estimada pelo IBGE entre o período analisado, multiplicando-se por 100 habitantes. Como também, realizado o cálculo da taxa de mortalidade se dá pelo número de óbitos pelo número da população total da capital multiplicado por 100.000 habitantes. A valores de letalidade foram encontrados através da fórmula número de óbitos sobre o número de casos da doença, multiplicado por 10.000 habitantes; e a prevalência número de casos por população total da capital e multiplicado por 100 habitantes.

2.4. Análise estatística

Os dados analisados deste estudo foram compostos de todos os casos de óbitos e internações por diabetes mellitus nas capitais brasileiras da região Sudeste, entre os anos de 2018 a 2021, no Sistema de Informações hospitalares (SIH) e disponível no site do DATASUS, pela plataforma Tabnet. As informações acerca das internações e óbitos foram observadas a partir da faixa etária entre 20 anos até 80+, etnia e sexo. As taxas de internações foram calculadas pela razão entre o número total de internações por diabetes mellitus nas capitais da região Sudeste brasileira, por sua população total estimada

pelo IBGE entre o período analisado, multiplicando-se por 100 habitantes. Como também, realizado o cálculo da taxa de mortalidade se dá pelo número de óbitos pelo número da população total da capital multiplicado por 100.000 habitantes. A valores de letalidade foram encontrados através da fórmula número de óbitos sobre o número de casos da doença, multiplicado por 10.000 habitantes; e a prevalência número de casos por população total da capital e multiplicado por 100 habitantes.

2.5. Aspectos éticos

Ressaltamos esse tipo de pesquisa não cabe submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa devido às bases de dados serem de acesso público. Entretanto, ressalta-se que, seguindo a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, todos os cuidados éticos referentes à divulgação dos resultados encontrados estiveram presentes durante a exposição dos dados, sem julgamento à gestão de saúde de todos os municípios.

3. RESULTADOS

No período de 2018 a 2021, foram registrados 8.054.738 casos de pessoas portadoras de DM nas capitais do Sudeste, nos quais ocorreram 31.243 internações hospitalares pela doença e 1.754 óbitos por DM no intervalo estudado dentre as capitais, sendo que São Paulo lidera em ambas as variáveis.

Ao analisar os dados do gráfico 1 apresentado abaixo, observam-se os dados referentes ao número médio de internações por sexo em todas as capitais do Sudeste - Belo Horizonte, Vitória, Rio de Janeiro e São Paulo. Diante dos resultados, nota-se a predominância de internações de pessoas do sexo masculino.

Gráfico 1: Número de internações por sexo entre os anos de 2018 a 2021 nas capitais do sudeste brasileiro.



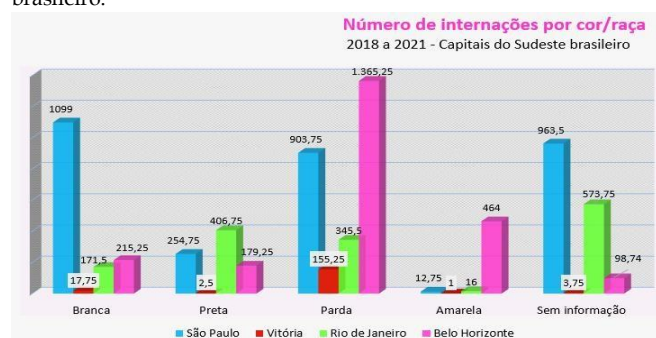
Fonte: Os autores a partir de dados do DATASUS.

Com relação à etnia, observa-se no gráfico 2, que nas capitais de Belo Horizonte e Vitória, a cor parda registrou o maior número médio de internações. Em São Paulo, a cor branca apresentou o maior predomínio no número de internações. No entanto, na capital do Rio de Janeiro, essa informação não pôde ser obtida devido a um maior número de subnotificações.

Outros dados importantes (Gráfico 3), referem-se à comparação do número de indivíduos diabéticos e o número de internações por idade. Os números médios de internação na população adulta (20 a 59 anos) e na população idosa (60 a 69 anos), demonstram que, em todas as capitais do Sudeste,

houve um número médio de internações significativamente maior entre os idosos.

Gráfico 2: Número de internações por etnia nas capitais do sudeste brasileiro.



Fonte: Os autores a partir de dados do DATASUS.

Gráfico 3: Número de internações por faixa etária nas capitais do sudeste brasileiro.



Fonte: Os autores a partir de dados do DATASUS.

Uma vez que os dados no gráfico 4 se referem ao número médio de óbitos por diabetes e sexo, permite-se observar que nas cidades do Rio de Janeiro e Vitória, a população feminina foi a mais prevalente, enquanto em São Paulo e Belo Horizonte, foi a população masculina que se destacou.

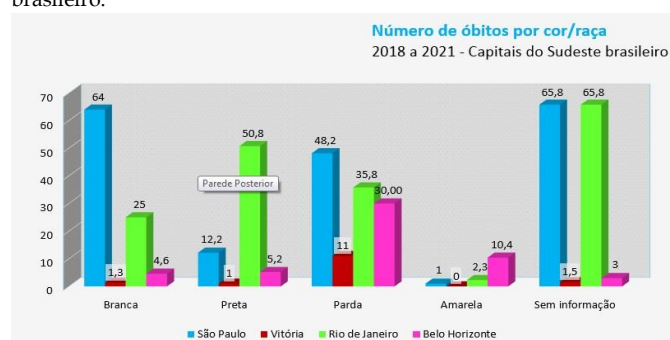
Gráfico 4: Número de óbitos por sexo nas capitais do sudeste brasileiro.



Fonte: Os autores a partir de dados do DATASUS.

Analisando a variável, etnia, no gráfico 5, fica evidente que o número de óbitos nos anos de 2018 a 2021 mostra que a cor parda é a mais prevalente nas capitais de Belo Horizonte e Vitória, enquanto nas capitais de São Paulo e Rio de Janeiro a população sem informação foi a que exibiu um valor mais elevado comparado com as outras raças. Portanto, não é viável realizar comparações com base nessa variável.

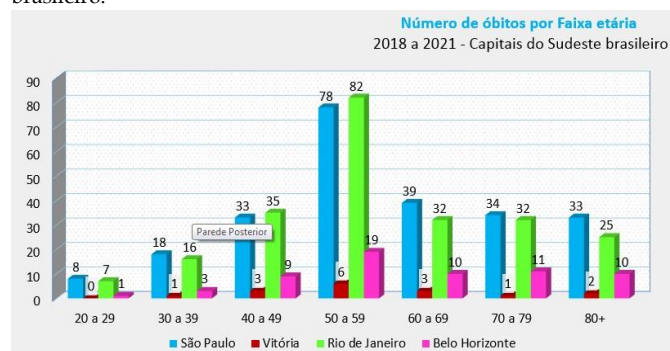
Gráfico 5: Número de óbitos por etnia nas capitais do sudeste brasileiro.



Fonte: Os autores a partir de dados do DATASUS.

Em ambas as capitais, observou-se uma taxa de óbitos maior na população adulta entre 50 a 59 anos do que comparada a população idosa (60 a 69 anos) conforme apresentado no gráfico 6, o que contrasta com os resultados das internações no mesmo período analisado.

Gráfico 6: Número de óbitos por faixa etária nas capitais do sudeste brasileiro.



Fonte: Os autores a partir de dados do DATASUS.

No período analisado, em destaque no Gráfico 7, foi registrada uma maior prevalência de casos de DM na capital do Rio de Janeiro, representando uma taxa de 10,06 por 100 habitantes quando comparada com as demais capitais. Em contrapartida, a taxa de internação obteve um coeficiente mais significativo na cidade de Belo Horizonte, com valor de 1,12/100 hab. Todavia observou-se maiores taxas de letalidade e mortalidade em Vitória, com valores de 4,55/10.000 hab. e 3,29/100.000 hab. respectivamente.

Gráfico 7: Prevalência, internação, letalidade e mortalidade da diabetes mellitus no sudeste entre 2018 a 2021.



Fonte: Os autores a partir de dados do DATASUS.

4. DISCUSSÃO

O estudo propõe discutir sobre a epidemiologia das internações e óbitos por diabetes mellitus nas capitais da região sudeste brasileira entre os anos de 2018 a 2021. No período analisado, observa-se a maioria de internações em todas as capitais no sexo masculino, enquanto o número de óbitos predomina nesta população nas capitais de Belo Horizonte e São Paulo. Concomitantemente, nas capitais de Vitória e Rio de Janeiro predominam o sexo feminino em relação aos óbitos. Em contrapartida, estudos realizados no estado da Bahia nos anos de 2011 a 2021, por Falcão (2020) e Teixeira (2023), mostraram que a maior parte dos óbitos e internações ocorreram nos indivíduos do sexo feminino.

De acordo com o estudo de Garces et al. (2018), foi observado em um estudo nacional realizado entre 2000 e 2015, que a taxa de mortalidade por DM permaneceu majoritariamente no sexo feminino. Embora os estudos mostrem maior prevalência de internações e óbitos por DM em mulheres, há uma tendência de crescimento na população de homens internados por DM. Para Gomes, Nascimento e Araújo (2007), este fenômeno pode estar relacionado à menor busca pelos serviços de saúde pelos homens que passam a maior parte do tempo no trabalho, e também pela dificuldade de acesso a estes serviços, desconhecendo a importância da prevenção e tratamento de doenças.

Outro dado observado em relação a população do presente estudo é a faixa etária da população estudada, em que se observou um maior número de óbitos e de internações na população idosa, acima de 60 anos, quando comparada com as demais faixas etárias analisadas. Independente dos desfechos, estudos realizados globalmente apontam o aumento da idade como fator de risco para internação causada pela DM, o que reflete a elevada prevalência dessa condição em faixas etárias mais avançadas.

Ademais, a DM é uma das mais importantes causas de mortalidade nos idosos, a comorbidade apresenta um risco de mortalidade 10% maior do que a população geral na faixa etária correspondente (MALTA et al., 2008; GOMES et al., 2022). Esse achado pode ser explicado por alterações fisiológicas típicas do envelhecimento como aumento da adiposidade, alterações gastrintestinais e má absorção favorecendo o desequilíbrio energético proteico.

Além disso, a adesão ao uso de medicamentos tende a diminuir devido ao declínio cognitivo progressivo ou a depressão que se desenvolve com a idade aumentando o risco de complicações, internações e mortalidade. Dessa forma, é primordial que o idoso seja acompanhado e orientado através de programas com intuito de promoção a saúde e prevenção de agravos (SBD, 2020).

O presente estudo demonstrou a capital do Rio de Janeiro com a maior prevalência do diabetes na população, nos anos de 2018 a 2021 quando comparada com as demais capitais do Sudeste brasileiro. Em contrapartida, Vitória demonstra uma maior letalidade e mortalidade. E a capital de Belo Horizonte apresentou um maior número de internação quando equiparada com as demais capitais. Com relação a este fenômeno, foi observado nos dados coletados através da plataforma do cadastro nacional de estabelecimento de saúde (CNES, 2022) a quantidade de 116 unidades básicas de saúde (UBS) no Rio de Janeiro, em Belo Horizonte - 153, São Paulo - 406 e Vitória - 29.

Quando relacionadas com o número total de habitantes de cada capital por UBS, observa-se uma maior sobrecarga das UBS do Rio de Janeiro onde obteve um valor estimado de 58.410 habitantes/UBS, corroborando com uma atenção primária limitada, desfechos desfavoráveis e óbitos, o que pode justificar as colunas apresentadas no gráfico. São Paulo por outro lado, mesmo com maior número de habitantes dentre todas as capitais alcançou uma relação hab/UBS menor do que Rio de Janeiro com valor de 30.532. Seguido por Belo Horizonte com 16.540 hab/UBS e logo após Vitória com a mais baixa relação do Sudeste com a quantia de 12.742 hab/UBS. Tavares et al. (2014), realizaram uma análise da estrutura das Unidades de Atenção Básica.

Os autores apontaram que a condição de atenção da Estratégia de Saúde da Família (ESF) para o paciente de DM foi considerada regular, indicando a necessidade de melhorias nos serviços prestados. Além disso, como apresentado na cidade de Belo Horizonte uma elevada taxa de internação, deve-se levar em conta que nessa região essa alta pode estar relacionada também a qualidade ofertada pelos serviços de saúde ou até mesmo o complexo acesso a esse serviço. Estudo conduzido em Teresina, Piauí, em 2015, ressalta que campanhas de promoção à saúde, ações educativas, organização de grupos para tratamento (como por exemplo HiperDia), podem possibilitar uma maior adesão terapêutica do DM nas áreas de abrangência das equipes de UBS, o que consequentemente diminui o número de internações por essa patologia (REZENDE et al., 2015).

Apesar de apresentar a menor prevalência de casos de Diabetes Mellitus e ter a menor população entre as capitais do Sudeste, Vitória se destaca por apresentar taxas mais elevadas de letalidade e mortalidade relacionadas à doença. Embora não tenhamos encontrado respaldo na literatura, essa discrepância sugere que o rastreamento e o acompanhamento da patologia na capital podem requerer uma abordagem mais eficaz para os pacientes portadores dessa doença.

No estudo de Soares et al. (2020), afirma-se que a estruturação e ineficiência da Estratégia de Saúde da Família (ESF) podem estar relacionadas à implantação das equipes em locais fora de sua área de abrangência, o que denota uma fragilidade ao atendimento e dificulta o vínculo do usuário com a unidade de saúde, aumentando a taxa de hospitalização.

Diante dessas considerações e dos resultados apresentados no atual estudo, pode-se inferir a hipótese de uma saúde primária deficitária na capital de Vitória, sem a efetiva inserção destes usuários em Unidades de Saúde aliados a combinação dessas políticas de proteção dessa população, podendo contribuir diretamente para o aumento das hospitalizações e óbitos por causas prevenidas em todo o Brasil, como é o caso da DM.

É importante notar que a falta de acompanhamento regular dos pacientes pode prejudicar o controle contínuo da doença, levando à descompensação da condição de base. Por fim, podemos destacar um cenário favorável na capital de São Paulo, que conferiu, de modo geral melhores taxas de internação, mortalidade, letalidade e prevalência, visto que a mesma possui o maior número populacional brasileiro. Vale destacar que a capital Paulista possui melhores indicadores de condições socioeconômicas e maior envelhecimento da população.

Estudos realizados por De Melo et al. (2014), associam-se a concentração de riquezas e recursos, refletindo em um bom estado de saúde e qualidade de vida nessas regiões, principalmente no estado de São Paulo, que se caracteriza como a macrorregião mais rica do país e onde há o maior percentual de idosos com a renda superior a cinco salários mínimos. Bem como, outro estudo realizado nos anos de 2008 a 2017 afirma que a mortalidade por Diabetes Mellitus tipo 2 no estado de São Paulo ficou estacionária. Houve estabilidade na mortalidade por DM tipo II ao longo dos anos estudados, tanto em geral quanto por sexo. Percebe-se que o sexo masculino apresenta um ligeiro aumento no risco de morte quando comparado ao sexo feminino, porém sem significância estatística (SANTOS et al., 2022).

Apesar dos baixos índices de cobertura da ESF e oferta de profissionais especialmente em São Paulo, De Oliveira et al., (2019), relatam em seu estudo que essas macrorregiões possuem uma maior acessibilidade geográfica dos serviços assistenciais de baixa, média e alta complexidade, permitindo maiores chances da utilização de tais serviços e, consequentemente, melhor prevenção de agravos à saúde. Somado a esse fator, São Paulo é uma das cidades com maior cobertura de beneficiários de planos e convênios de saúde privados no Brasil segundo dados apresentados nos boletins da secretaria municipal de saúde, o que gera hipóteses de que possa haver mais hospitalizações de idosos ocasionadas pela DM na capital, entretanto, não são pagas pelo SUS (MACEDO et al., 2021).

É importante salientar que estudos que usam dados providos pelo DATASUS apresentam algumas limitações: o sistema registra apenas as internações realizadas no âmbito do SUS, o que representa cerca de 70% das internações ocorridas, deixando de fora as hospitalizações nos serviços privados. Além disso, os dados são de difícil análise por causa do preenchimento que pode ser inadequado, pelos possíveis erros de digitação e de registro, e principalmente as subnotificações. Outra limitação pode ser o curto período de análise de 4 anos.

5. CONCLUSÃO

O estudo evidenciou que o diabetes mellitus é uma importante causa de internação, mortalidade e letalidade na região sudeste, que por sua vez, apresenta uma heterogeneidade quando comparado os resultados das suas respectivas capitais. Ainda existem disparidades regionais nas taxas estudadas, provavelmente, relacionadas às desigualdades socioeconômicas e assistenciais no território brasileiro no que tange principalmente a atenção básica, decorrentes de heranças históricas, gestão dos indicadores das políticas públicas e aprimoramento das estratégias da atenção primária a saúde.

Com base nesta pesquisa e em seu impacto sobre os óbitos e internações nas capitais analisadas, as informações atualizadas fornecem dados sobre a prevalência, internações, mortalidade e letalidade na população. Essa análise pode ser útil na elaboração de estratégias para a prevenção e controle dessa condição, além de contribuir com informações valiosas para gestores e profissionais de saúde nas capitais estudadas.

REFERÊNCIAS

- BRASIL, Ministério da Saúde do Brasil. Vigitel Brasil 2020. Brasília: **Editora MS**, 2021.
- CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Brasília. 2020.
- DE MELO, N. C. V.; FERREIRA, M. A. M.; TEIXEIRA, K. M. D. Condições de vida dos idosos no Brasil: uma análise a partir da renda e nível de escolaridade. **OIKOS**, v. 25, n. 1, p. 4-19, 2014.
- DE OLIVEIRA, R. A. D.; DUARTE, C. M. R.; PAVÃO, A. L. B.; VIACAFA, F. Barriers in access to services in five health regions of Brazil: Perceptions of policymakers and professionals in the Brazilian Unifed National Health System. **Cad Saúde Pública**, v.35, n. 11, p. 1-9, 2019.
- FALCÃO, R. R. M. C.; SANTOS, N. G. S.; PALMEIRA, C. S. Internações e mortalidade por diabetes mellitus na Bahia no período de 2012 a 2018. **Rev Enferm Contemp**, v. 9, n. 2, p. 160-7, 2020.
- GARCES, T. S.; MAGALHÃES T. M.; SOUSA, J. J. B.; PEREIRA, M. L. D.; CESTARI, V. R. F.; ALMEDA I. L. S. et al. Tendência de mortalidade por diabetes mellitus. **Rev Enferm Ufpe On Line**, Recife, v. 12, n. 12, p. 3231-38, 2018.
- GOMES, M. B.; TANG, F.; CHEN, H.; CID-RUZAF, J.; FENICI, P.; KHUNTI, K., et al. Socioeconomic Factors Associated With Glycemic Measurement and Poor HbA1c Control in People With Type 2 Diabetes: The Global DISCOVER Study. **Front Endocrinol (Lausanne)**, v. 13, p. 1-9, 2022.
- IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censos 2007. Inovações e impactos nos sistemas de informações estatísticas e geográficas do Brasil. Rio de Janeiro: **IBGE**, 2021.
- LESSA, I. O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 9, n. 4, p. 123-37, 2004.
- MACEDO, H. K. S.; DE SOUZA, T. A.; BEZERRA H. S.; FERNANDES, F. C. G. M.; BARBOSA, I. R.; DA SILVA, J. A. Internações por diabetes mellitus em idosos no Brasil de 2001 a 2020: tendência temporal e padrões espaciais. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, v. 24, n. 3, p. 1-13, 2021.
- MALTA, D. C.; OLIVEIRA, M. R.; MOURA, E. C.; SILVA, S. A.; ZOUAIN, C. S.; SANTOS, F. P., et al. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis entre beneficiários da saúde suplementar: resultados do inquérito telefônico Vigitel Brasil, 2008. **Cien Saude Colet**, v. 16, n. 3, p. 2011-22, 2011.
- MUZY, J.; CAMPOS, M. R.; EMMERICK, I.; DA SILVA, R. S.; SCHRAMM J. M. A. Prevalência de diabetes mellitus e suas complicações e caracterização das lacunas na atenção à saúde a partir da triangulação de pesquisas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 5, p. 29-36, 2021.
- NASCIMENTO, V. B.; CORREA, J. A. Mortality for type 2 diabetes mellitus in the state of São Paulo, Brazil, from 2008 to 2017. **Diabetes Epidemiol Manag**, v. 6, p. 15, 2022.
- PETERMANN, X. B.; MACHADO, I. S.; PIMENTEL B. N.; MIOLO S. B.; MARTINS, L. R.; FEDOSSE, E. Epidemiologia e cuidado à Diabetes Mellitus praticado na Atenção Primária à Saúde: uma revisão narrativa. **Revista Saúde Santa Maria**, Santa Maria, v. 41, n. 1, p. 49-56, 2015.
- REZENDE, D. S. N.; DA SILVA, A. R. V.; DA SILVA, G. R. F. Adesão das pessoas com diabetes mellitus ao autocuidado com os pés. **Rev Bras Enferm**, v. 68, p. 111-6, 2015.
- SANTOS, A.; PAIVA, L. S.; CARVALHO, L. E. W.; FONSECA, F. L. A.;
- São Paulo: Clannad, 2020. BRASIL, Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). DATASUS. URL:<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/niuf.def>
- SBD - Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da **Sociedade Brasileira de Diabetes**: 2020.
- SOARES, A. M. F.; VASCONCELOS, C. H.; DIAS, A. C.; SOUZA, A. C. C.; HAMANN, E. M.; DA SILVA, M. R. F. Atenção primária à saúde no Norte e Nordeste do Brasil: mapeando disparidades na distribuição de equipes. **Ciênc Saúde Colet**, p. 1-10, 2020.
- TAVARES, V. S.; VIDAL, S. A.; FILHO, F. A. R. G.; FIGUEROA, J. N.; DE LIMA, S. R. Avaliação da atenção ao diabetes mellitus em Unidades de Saúde da Família de Petrolina, Pernambuco, 2011. **Epidemiol e Serviços Saúde**, v. 23, p. 527-36, 2014.
- TEIXEIRA, C. H. C. Tendência temporal das internações e da mortalidade por diabetes mellitus na Bahia, de 2011 a 2021. Salvador, Bahia: **Faculdade de Medicina, Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública**; 2023.
- VILAR, L. Endocrinologia Clínica. 7ª edição. São Paulo: **Guanabara Koogan**, p. 377-84, 2020.

Perfil de adesão de pacientes hipertensos atendidos em unidade básica de saúde no município de Imperatriz, Maranhão

Adherence profile of hypertensive patients assisted in basic health unit in Imperatriz, Maranhão

Bruna Cristina Cutrim Cardoso¹
brunacutrim@gmail.com

Guilherme Martins Gomes Fontoura^{*2}
guilherme.fontoura@discente.ufma.br

Aloiso Sampaio Souza²
aloisofilho@hotmail.com

Leonardo Hunaldo dos Santos¹
leonardo.hunaldo@ufma.br

Aramys Silva Reis¹
aramys.reis@ufma.br

Luecyia Alves de Carvalho Silva¹
luecyia.carvalho@ufma.br

***Autor correspondente**

¹Universidade Federal do Maranhão- UFMA,
Imperatriz- MA, Brasil.

²Afya Faculdades de Ciências Médicas, Bragança-
PA, Brasil.

**Revista Científica do ITPAC,
v. 16, n. 1, 2023.
ISSN: 1983-6708**

Resumo

O objetivo deste estudo foi avaliar o perfil de adesão do paciente hipertenso atendido na Unidade Básica de Saúde Milton Lopes, município de Imperatriz, Maranhão. Realizou-se um estudo transversal com 227 pacientes através de entrevistas que avaliaram o perfil sociodemográfico, a adesão medicamentosa através do questionário de Morisky Green, hábitos de vida relacionados ao controle dos níveis pressóricos e conhecimento acerca da patologia. Prevaleceram entre o perfil sociodemográfico: mulheres, com idade maior que 60 anos, pardos, casados, ensino fundamental incompleto, aposentados e com renda entre 1 e 2 salários mínimos. Quanto a adesão do tratamento farmacológico, 46,7% dos entrevistados apresentaram alta adesão, 45,8% média adesão e 7,5% baixa adesão. Sobre o conhecimento, evidenciou-se que 59,9% apresentaram conhecimento satisfatório, com associação às variáveis sociodemográficas 'escolaridade' e 'estado civil'. Já o grau de adesão encontrou relação com a 'idade', 'renda', 'ocupação' e também com o nível de conhecimento. Ademais, observou-se que pacientes adeptos ao tratamento farmacológico também demonstraram maior autocuidado, a partir da adoção de medidas saudáveis recomendadas para o controle da hipertensão arterial.

Palavras-chave: Hipertensão arterial sistêmica; adesão à medicação; serviços preventivos de saúde; atenção primária à saúde.

Abstract

This study aimed to evaluate the adherence profile of hypertensive patients treated at the Unidade Básica de Saúde Milton Lopes, in the city of Imperatriz, Maranhão. A cross-sectional study was carried out with 227 patients through interviews that evaluated the sociodemographic profile, medication adherence through the Morisky Green questionnaire, lifestyle habits related to blood pressure control and knowledge about the pathology. Prevailed among the sociodemographic profile: women, aged over 60 years, brown, married, incomplete elementary school, retired and with income between 1 and 2 minimum wages. As for adherence to pharmacological treatment, 46.7% of respondents had high adherence, 45.8% had medium adherence and 7.5% had low adherence. Regarding knowledge, it was evidenced that 59.9% had satisfactory knowledge, associated with the sociodemographic variables: 'education' and 'marital status'. The degree of adherence found a relationship with 'age', 'income', 'occupation' and also with the level of knowledge. Furthermore, it was observed that patients who adhered to pharmacological treatment also demonstrated greater self-care, based on the adoption of healthy measures recommended for the control of arterial hypertension.

Keywords: Systemic arterial hypertension; medication adherence; preventive health services; primary health care.

1. INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) são responsáveis por o maior número de mortes, hospitalizações e atendimentos ambulatoriais em todo o mundo, e ainda mais grave em países em desenvolvimento como o Brasil (NAGHAVI et al., 2017). A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um dos fatores de risco modificáveis mais importantes para DCV e um dos maiores contribuintes para a morbidade e mortalidade em todo o mundo (BROUWERS et al., 2021).

A HAS é uma doença crônica não transmissível (DCNT), de caráter clínico multifatorial, definida pelo aumento sustentado da pressão arterial (PA), em que a pressão sistólica se apresenta ≥ 140 mmHg e a diastólica ≥ 90 mmHg, sendo aferida em pelo menos duas ocasiões diferentes, sem o uso de medicação anti-hipertensiva (BARROSO et al., 2021). Analisando informações da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, verificou-se que prevalência de HAS autorrelatada por adultos no Brasil foi de 21,4%, enquanto, considerando as medidas alteradas de PA e uso de medicação anti-hipertensiva, esse percentual aumentou para 32,3% (MALTA et al., 2018).

A crescente prevalência e carga global da hipertensão, juntamente com a conscientização sobre tratamento e controle insuficientes, levaram a colaboração de autoridades e organizações de saúde para reduzir as consequências negativas desse agravo. O desenvolvimento e implementação de estratégias que atuam em diferentes níveis de gestão, direcionadas ao paciente, bem como a toda a população, parece ser a melhor abordagem para o controle da doença (OLSEN et al., 2016).

No Brasil, o controle da doença é considerado um desafio e vem sendo priorizado pela Estratégia da Saúde da Família (ESF). Este controle está voltado e estreitamente associado ao sucesso da terapia anti-hipertensiva, que apesar de encontrar-se disponível na rede pública, apresentar eficácia na redução dos valores pressóricos e na redução da morbidade e mortalidade, ainda enfrenta dificuldades para adesão dos pacientes hipertensos (BARROSO et al., 2021).

Ao se falar em adesão à terapêutica, considera-se o cumprimento das medidas de tratamento recomendadas, medicamentosas ou não, com o objetivo de controlar os níveis pressóricos. É considerado um fenômeno comportamental complexo, fortemente influenciado por diversas dimensões,

externas ao paciente (meio ambiente, pelos profissionais de saúde e pelos cuidados de assistência médica), ou intrínsecos a este (comportamento, sentimentos, posicionamentos e crenças) (GEWEHR et al., 2018).

Acredita-se também que um dos fatores associados à dificuldade no processo de adesão ao tratamento da HAS é a manifestação inicial da doença, que apresenta caráter insidioso, assintomático, evolução lenta e cronicidade, o que gera uma falsa percepção de que a doença não requer cuidados. Assim, os portadores não sentem necessidade de alterar suas rotinas, tanto em relação ao trabalho, ao meio social e à dinâmica familiar, até que surjam as primeiras complicações provocadas pela doença (PIERIN et al., 2011).

Ainda nesse sentido, o conhecimento do indivíduo sobre sua patologia é também pode ser reportado fator decisivo para que haja envolvimento com a terapia, estando associado ao aumento da adesão a medicação e por consequência, ao melhor controle da PA (DE SÁ et al., 2021).

A falta de adesão continua apresentando um problema para profissionais e pesquisadores que buscam melhores informações para entender a adesão à medicação entre pacientes com HAS. Neste sentido, é necessário identificar os problemas associados à não adesão e sugerir melhorias.

Neste contexto, o objetivo deste trabalho é avaliar o perfil de adesão de pacientes hipertensos atendidos na unidade básica de saúde Milton Lopes no Município de Imperatriz, estado do Maranhão, evidenciando e relacionando variáveis sociodemográficas, grau de adesão terapêutico, hábitos de vida relacionados a terapêutica complementar e o conhecimento acerca de sua patologia.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, quanti-qualitativo e de corte transversal, realizado na Unidade Básica de Saúde Milton Lopes, município de Imperatriz, estado do Maranhão. Foram estudados 227 pacientes hipertensos. O cálculo da amostra foi realizado no software G*Power 3.1 (FAUL et al., 2007), utilizando uma análise de Qui-quadrado. O poder foi fixado em 0,95 ou 95% e nível de significância, (α) foi mantido em 0,05 ou 5%.

Os pacientes foram escolhidos de forma aleatória, através de dados disponibilizados na própria unidade de atendimento, em que se obteve nome e endereço para realização de visitas domiciliares e aplicação de questionários. Foram realizados o total de 293 visitas, porém 23 não estavam, 26 não aceitaram participar e 14 haviam falecido. Foram excluídos do delineamento da amostra pacientes menores de 18 anos, os com dificuldades cognitivas que comprometessem o entendimento do estudo e os que não aceitaram participar com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Este estudo respeitou os aspectos éticos de acordo com a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que institui as normas de pesquisa em saúde, e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão, sob o parecer nº 3.178.348 (CAAE: 04276818.1.0000.5087).

Os dados foram obtidos através das aplicações de questionários que avaliaram o (i) perfil biosociodemográfico, (ii) adesão ao tratamento farmacológico, (iii) hábitos

adjuvantes ao tratamento medicamentoso e o (iv) grau de conhecimento do paciente sobre a HAS.

As variáveis sociodemográficas independentes avaliadas foram: sexo, idade, etnia (auto referida), estado civil, escolaridade, renda familiar (em salários mínimos) e profissão.

Avaliação da adesão medicamentosa foi realizada através do questionário de Morisky Green (QMG) (MORISKY et al., 2008). Trata-se de um questionário validado para avaliar a adesão do tratamento medicamentoso através de 4 perguntas fechadas. A cada resposta “sim” atribui-se a pontuação (0), e a cada resposta “não” atribui-se a pontuação (1). A avaliação da escala é classificada em níveis de adesão: alta adesão (escore 4), média adesão (escore 3 ou 2) e baixa adesão (escore 1 ou 0). Também pode-se utilizar o score aderentes (4 pontos) e não aderentes (≤ 3 pontos).

Posteriormente, para analisar o grau de conhecimento utilizou-se um questionário constituído de 10 perguntas sobre diferentes aspectos relacionados ao conhecimento geral sobre a HAS, em que as respostas podem ser sim ou não, considera-se conhecimento satisfatório quando 70% das questões forem respondidas de maneira correta (STRELEC et al., 2003).

Por fim, foram investigados os hábitos de vida do paciente que se relacionaram ao desenvolvimento da HAS, como: alimentação, prática de exercício físico e assiduidade no acompanhamento profissional. As perguntas dessas esferas foram retiradas do Instrumento da Não Adesão Arterial Sistêmica, um questionário validado nacionalmente (BORGES, 2012).

Os dados coletados foram armazenados em um banco de dados específico criado no software Microsoft Office Excel®, versão 2016. A análise estatística dos dados foi realizada através do Software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 24 (IBM, 2016). Inicialmente, realizou-se análises descritivas por meio de frequências relativas e absolutas das características sociodemográficas, de adesão ao tratamento e conhecimento sobre o assunto. Para avaliar possíveis associações entre as variáveis, foram utilizados testes de Qui-quadrado, Exato de Fisher ou de Fisher-Freeman-Halton, dependendo do comportamento dos dados. Todos os testes foram realizados a 5% de significância.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para atingir o número esperado da amostra (227 pacientes), foram realizadas 293 visitas, porém 23 pacientes não estavam presentes nas residências, 16 haviam mudado de endereço, 20 não aceitaram participar e 14 haviam falecido. Dos 227 que aceitaram participar, a maioria pertencia ao sexo feminino (72,7%), apresentava mais de 60 anos (81,1%), autodeclarados pardos (40,5%) e casados (59%). Aproximadamente metade dos participantes (52%) declararam ter ensino fundamental incompleto. Em relação a renda mensal, a maioria (67,8%) recebiam de 1 até 2 salários mínimos, além do fato da maioria declararem-se como aposentados (65,2%) (Tabela 1).

Quanto ao grau de adesão medicamentosa destes pacientes, avaliado pelo questionário de Morisky Green (QMG), 46,7% apresentaram alta adesão, 45,8% média adesão e 7,5%, baixa adesão. As variáveis sociodemográficas independentes que encontraram relação significativa ao grau de adesão, foram idade ($p < 0,001$), renda mensal ($p = 0,002$) e

ocupação ($p < 0,0031$). Pacientes mais velhos, com maior renda e os aposentados apresentaram índice maior de adesão medicamentosa. As demais variáveis não encontraram significância nas comparações (Tabela 2).

Tabela 1. Características sociodemográficas dos pacientes hipertensos atendidos da Unidade Básica de Saúde Milton Lopes (n=227).

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	165	72,7
Masculino	62	27,3
Idade		
20 a 40 anos	9	4,0
> 40 a 60 anos	34	15,0
> 60 anos	184	81,1
Etnia		
Parda	92	40,5
Branca	81	35,7
Preta	49	21,6
Amarela	4	1,8
Indígena	1	0,4
Estado civil		
Casado(a)	134	59,0
Viúvo(a)	63	27,8
Solteiro(a)	20	8,8
Divorciado(a)	9	4,0
União estável	1	0,4
Escolaridade		
Nunca foi à escola	14	6,2
Fundamental incompleto	118	52,0
Fundamental completo	46	20,3

Salário mínimo vigente em 2019: R\$998,00.

Fonte: Dados da pesquisa.

O conhecimento avaliado foi considerado satisfatório em 59,9% do número total de pacientes, e comparando-o às variáveis sociodemográficas, encontrou-se significância relevante com a escolaridade ($p = 0,01$) e estado civil ($p = 0,05$). Pacientes com menor grau de instrução apresentaram menor índice de conhecimento: dentre os indivíduos que não frequentaram a escola, 50% apresentaram conhecimento insatisfatório. Dentre os pacientes que cursaram até o fundamental incompleto, este índice foi de 44,9%. Dentre os que cursaram até fundamental completo, 47,8%; médio incompleto, 27,8%; médio completo 8,7%; e superior, 25%. Quanto ao estado civil, o maior índice de conhecimento insatisfatório foi entre os viúvos, 54%, seguidos dos casados, 35,1%, divorciados, 33,3% e solteiros 30%.

O conhecimento também encontrou relação significativa ($p < 0,001$) com os resultados da adesão segundo QMG. Observou-se que pacientes com conhecimento satisfatório apresentaram maior adesão. E, dentre os pacientes com alta adesão, 58,8% apresentaram índice de conhecimento satisfatório. Dentre os pacientes com média adesão este percentual foi de 36,8% e com baixa foi de apenas 4,4%.

Ao comparar as respostas do teste de Morisky Green às respostas das perguntas do questionário de conhecimento, é evidente o baixo percentual de pacientes que consideraram o caráter silencioso da doença: apenas 17% dos pacientes com adesão perfeita e 17,4% dos pacientes com adesão imperfeita acreditam na ausência de sintomas da hipertensão. Encontrou-se, também, um baixo índice de acertos para a pergunta acerca dos valores pressóricos limítrofes da pressão arterial (38,7% dos aderentes perfeitos e 35,5% dos não aderentes) e para a pergunta sobre a efetividade de tratamentos não

farmacológicos (17,9% dos não aderentes e 21,5% dos não aderentes).

Em análise das questões do questionário do conhecimento comparadas à adesão, este trabalho evidenciou que pacientes que consideram o caráter crônico da doença ($p = 0,04$), bem como o tratamento vitalício ($p = 0,03$) e consideram a redução do estresse como impacto positivo na redução dos níveis pressóricos apresentam maior adesão ao tratamento farmacológico ($p = 0,002$).

A relação entre Morisky Green e hábitos individuais relacionados à hipertensão, mostrou que os percentuais de autocuidado foram, de forma geral, maiores nos pacientes considerados em total adesão a terapia medicamentosa, com exceção da baixa participação dos grupos de educação em saúde, em que 93,4% dos pacientes aderentes se consideraram faltosos e os não aderentes este o percentual é de 86,8%. Evidenciou-se, no entanto, um alto percentual de falta às reuniões.

Os fatores em que se encontrou significância com teste de Morisky Green, foram: “alimentação pobre em verduras e frutas” ($p = 0,002$), “vida estressante” ($p < 0,01$) e “falta às consultas de hipertensão” ($p = 0,001$). Pacientes que possuem adesão imperfeita ao tratamento medicamentoso possuem maior índice de alimentação pobre em frutas e verduras (45%) comparada aos que possuem adesão perfeita (25%). Pacientes que consideraram sua vida estressante também são menos aderentes ao tratamento medicamentoso: 50,4% dos pacientes não aderentes afirmaram possuir uma rotina estressante, enquanto dentro dos pacientes aderentes, 72,6% negaram o mesmo ritmo de rotina. Pacientes faltosos em suas consultas também estão relacionados à menor adesão à terapêutica medicamentosa: dos pacientes aderentes, apenas 4,7% afirmaram a falta, enquanto entre os não aderentes, 19,8% afirmaram o mesmo.

O processão de adesão farmacológica no tratamento de doenças crônicas é um fenômeno multidimensional, determinado pela interação de um conjunto de fatores que afetam o comportamento e a capacidade do paciente de seguir o tratamento, e reflete em parte, o modo como as pessoas compreendem e assumem o cuidado com sua saúde (TAVARES et al., 2016).

No contexto da grande variabilidade de índices globais de adesão, o presente estudo demonstrou taxa de ‘alta adesão’ (46,7%) inferior à encontrada nos estudos em alguns países, como a Canadá (77,4%) e Espanha (50,7%) (NATARAJAN et al., 2013; JUSTE et al., 2019). O resultado comparativo pode ser explicado sob a ótica da relação do desenvolvimento e o nível de adesão. Países em desenvolvimento apresentam maiores taxas de não adesão, com taxa média estimada em 50% ou menos, dada maior a escassez de recursos para a saúde e dificuldades no acesso aos cuidados de saúde (REMONDI et al., 2014). Além disso, diferenças culturais, de idade, do estado de saúde e na origem da população estudada também são alguns dos elementos que podem determinar a variação entre as taxas de não adesão observadas (JUSTE et al., 2019; NATARAJAN et al., 2013; SARNO et al., 2020).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o grau de adesão também é influenciado diretamente pelos modelos de atenção estabelecidos para a saúde (OMS, 2004). Desta forma, o modelo de atenção à saúde ofertado pela estratégia do Programa Saúde da Família em território

nacional, provavelmente, explicaria o comportamento semelhante dos resultados obtidos nesta pesquisa quando comparados a outras, que obtiveram 45% dos pacientes com maior adesão e 55% dos pacientes com menor adesão em um estudo realizado no município de Belém (LIMA et al., 2010), e aos resultados encontrados em uma pesquisa conduzida em municípios do estado de Minas Gerais, que obtiveram 49,2% dos pacientes com maior adesão e 50,8% com menor adesão (MOTTA et al., 2014).

No âmbito da caracterização do perfil socioeconômico da população estudada na unidade de saúde obteve-se que mais de dois terços dos pacientes pertencem ao sexo feminino, predominância apontada por outros estudos desenvolvidos no Brasil (GOMES E MARTINS et al., 2014; MOTTA et al., 2014). É comum encontrar maior número de mulheres participantes de programas da Estratégia de Saúde da Família (ESF), devido ao fato de as mulheres buscarem tratamento com maior assiduidade, além que, na maioria das vezes, são as mulheres que têm maior acesso às atividades e às equipes multidisciplinares da ESF (FREITAS et al., 2012; SARNO et al., 2020).

Neste estudo, a população idosa encontrada foi superior as demais idades e esteve associada com o grau de adesão ao tratamento da HAS. Estudos realizados no município de Teresina, Belém e no estado de Minas Gerais também mostram a população idosa como público de maior frequência nos atendimentos básicos, além disso, a HAS está presente em sua maioria na população idosa, devido a um aumento da pressão sistólica com o passar da idade, podendo contribuir para maior busca aos estabelecimentos de saúde (CARVALHO et al., 2012; GOMES E MARTINS et al., 2014; MOTTA et al., 2014; SARNO et al., 2020).

Quanto a prevalência étnica dentre pacientes deste estudo, foi encontrado que a maior se considera parda, seguido de brancos e negros. De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, a etnia pode representar um fator de risco importante para a HAS, no entanto, as condições socioeconômicas desfavoráveis, e hábitos de vida ainda são fatores mais relevantes para as diferenças na prevalência da HAS, do que a implicação étnica (BARROSO et al., 2021). Segundo dados do Vigitel 2018, no Brasil, não houve uma diferença significativa entre a prevalência da HAS em pretos (24,9%) e brancos (24,2%) (BRASIL, 2016). Além disso, este estudo considerou a etnia autodeclarada, o que pode ser considerado um viés, pois varia conforme a auto percepção do indivíduo.

No Brasil, a HAS é mais prevalente entre indivíduos com menor escolaridade, e pode ser um dos principais fatores que interferem na adesão ao tratamento (BRASIL, 2016). A baixa escolaridade associada à não adesão do pode ser justificada pelas dificuldades no entendimento da receita médica, nas informações obtidas na da bula do medicamento - interpretação da dosagem correta, indicações, contraindicações e advertências -, podendo aumentar o risco de erros na administração da medicação (GEWEHR et al., 2018; DOS SANTOS PERERIA et al., 2021).

Em relação à renda, o resultado encontrado neste estudo assemelha-se à outras pesquisas que relatam os pacientes de baixa renda como mais vulneráveis a não adesão ao tratamento da HAS (GEWEHR et al., 2018; BARROSO et al., 2021). Tratando-se de uma população de baixo nível socioeconômico, há dificuldades na obtenção dos

medicamentos, sobretudo os pacientes hipertensos de difícil controle, que necessitam de outros anti-hipertensivos que não estão disponíveis na rede pública de saúde, e ainda, os baixos salários podem dificultar o acesso dos pacientes às consultas, bem como a adesão à uma alimentação mais saudável (GEWEHR et al., 2018). Neste contexto, os fatores que interferem na adesão ao tratamento da HAS citados acima, como, idade, escolaridade e etnia, quando associados ao baixo nível socioeconômico, podem influenciar negativamente no processo de tratamento do paciente (BARROSO et al., 2021).

O conhecimento do paciente sobre sua patologia é um fator considerado importante para estimular a adesão ao tratamento. Uma possível explicação para a elevada taxa de não adesão entre os pacientes com menor conhecimento, é que muitos pacientes não compreendem a doença e o tratamento medicamentoso, logo diminuem a sua importância ou fazem de maneira inadequada (DE SÁ et al., 2021). Os pacientes que não conhecem os valores adequados e esperados dos níveis pressóricos, possuem maiores dificuldades no processo de controle da doença, pois os valores encontrados durante a aferição da pressão arterial são fundamentais para o método de acompanhamento e eficácia do tratamento (MACETE; BORGES, 2020).

A respeito das medidas adjuvantes ao tratamento farmacológico da HAS, observou-se neste estudo, que indivíduos que demonstraram maior autocuidado também possuíam melhor adesão à terapia medicamentosa. Estudos semelhantes também verificaram que os pacientes que mantêm hábitos de vida saudáveis e prática de exercícios regulares, relatam maior adesão ao tratamento farmacológico (GEWEHR et al., 2018; NATARAJAN et al., 2013). Esse resultado sugere que intervenções para apoiar mudanças no estilo de vida saudável podem ser benéficas para melhorar a adesão à medicação.

Uma outra característica das medidas adjuvantes que chama atenção é a expressividade do número de indivíduos que afirmam não frequentar às reuniões voltadas para a educação e saúde. Apesar de não se ter encontrado projeções significantes sobre a adesão, é reconhecida a importância da participação dos usuários em atividades de grupo. Nelas, os pacientes podem interagir com outras pessoas que vivem a mesma situação, relatando e superando dificuldades através da reflexão, da troca de experiências e do apoio mútuo. Além disso, podem relacionar-se com a equipe de saúde de maneira distinta daquela a que estão acostumados no atendimento individual, construindo assim outros tipos de vínculo (BARBOZA et al., 2021).

A partir da identificação dos fatores envolvidos na não adesão ao tratamento farmacológico da HAS, é possível planejar e realizar ações com as equipes de saúde locais a fim de promover atividades direcionadas aos pacientes não aderentes. Dessa forma, além do acompanhamento farmacológico, é necessário implementação de ações que aumentem a adesão às medidas adjuvantes (SILVA et al., 2016; GEWEHR et al., 2018). Os profissionais da atenção primária podem auxiliar o paciente no desenvolvimento de conhecimentos e confiança necessária para tomada de decisões sobre sua própria saúde de maneira assertiva. O cuidado é construído com as pessoas, de acordo com suas necessidades e potencialidades na busca de uma melhor qualidade de vida (BARROSO et al., 2021).

Este estudo possui algumas limitações: um número relativamente pequeno foi realizado por amostragem de conveniência, um estudo com mais participante e em outras unidades básicas de saúde são necessárias para delinear o perfil de adesão dos pacientes com HAS no município de Imperatriz. Além disso, questionários autorrelatados podem gerar viés a depender da percepção e memória do indivíduo. Os participantes podem ter esquecido detalhes pertinentes ou podem tê-los superestimado ou subestimado, por tratarem de revelar informações que consideram privadas. No entanto, as pressões externas provavelmente não afetaram significativamente as respostas porque foi assegurado aos participantes que os resultados eram totalmente confidenciais. Outra limitação é a possibilidade de haver associação entre adesão, satisfação com o tratamento, qualidade de vida, quantidade e classes de medicamentos individuais que não foram identificados neste estudo. No entanto, este estudo apresenta alguns pontos fortes: (i) combinou vários questionários validados e examinou várias correlações entre eles, (ii) a simplicidade dos questionários tornou mais fácil para os participantes fornecerem informações precisas, e (iii) os resultados demonstraram-se importantes e novos, uma vez que ainda não foram publicados trabalhos semelhantes realizados no município de Imperatriz-MA.

5. CONCLUSÃO

O perfil epidemiológico encontrado evidencia uma maioria constituída por mulheres, pardos, casados, com baixa

renda, baixa escolaridade e aposentados. Evidenciou-se um grau de adesão insatisfatório entre os pacientes estudados, podendo este, estar relacionado ao baixo nível socioeconômico, e baixo conhecimento do paciente sobre a patologia.

A ausência deste paciente às reuniões de educação em saúde também corrobora para que haja a perpetuação do desconhecimento e baixa adesão, uma vez que se tem como objetivo central o fomento do autocuidado com base na conscientização do indivíduo de sua condição.

No que diz respeito ao processo de adesão terapêutica, este é multifatorial, estando relacionado à aspectos do próprio indivíduo e ao cenário em que este está inserido. Elucidou-se fragilidade em suas duas vertentes, tanto no farmacológico, quanto em hábitos de vida saudáveis recomendados.

Conclui-se, através deste estudo, que uma adesão considerada “perfeita” ainda está longe de ser alcançada. Entretanto, ao estudar as características particulares e limitações do público atendido, as equipes de saúde podem elaborar um conjunto de ações e estratégias para melhorar a assistência desta população. Decisões compartilhadas no tratamento, explicações satisfatórias adaptadas ao perfil do paciente, e aumento do vínculo profissional-paciente podem representar um caminho a ser seguido.

REFERÊNCIAS

- AMADO GUIRADO, E. et al. Knowledge and adherence to antihypertensive therapy in primary care: results of a randomized trial. *Gaceta Sanitaria*, 25, p. 62-67, 2011. doi: 10.1016/j.gaceta.2010.09.015
- BARROSO, W. K. S. et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial-2020. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 116, p. 516-658, 2021. doi: 10.36660/abc.20201238
- BORGES, J. W. P. Instrumento de Avaliação da Não Adesão ao Tratamento da Hipertensão arterial: desenvolvimento e validação de conteúdo [Dissertação de mestrado]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará, 2012.
- BROUWERS, S. et al. Arterial hypertension. *The Lancet*, 398, n. 10296, p. 249-261, 2021. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00221-X
- CARVALHO, A. L. M. et al. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). *Ciência & Saúde Coletiva*, 17, p. 1885-1892, 2012. doi: 10.1590/S1413-81232012000700028
- CORP., S. I. Released 2016. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 24.0.: IBM Corp. Armonk, NY.
- DA MOTTA, P. G. et al. Adesão medicamentosa ao tratamento da hipertensão de pacientes do hiperdia em Ipatinga e Timóteo, Minas Gerais. *Revista Uningá*, 40, n. 1, p. 91-103, 2014.
- DE FREITAS, L. C. et al. Perfil dos hipertensos da Unidade de Saúde da Família Cidade Nova 8, município de Ananindeua-PA. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 7, n. 22, p. 13-19, 2012. doi: 10.5712/rbmfc7(22)288
- DE SÁ, E. M. R. et al. Adesão ao tratamento farmacológico de indivíduos com diabetes cadastrados no hiperdia em uma unidade de saúde baiana. *Revista Contexto & Saúde*, 21, n. 44, p. 54-67, 2021. doi: 10.21527/2176-7114.2021.44.11524
- DOS SANTOS PEREIRA, I. et al. Avaliação da não adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial sistêmica em uma população de Salvador-BA. *Brazilian Journal of Development*, 7, n. 1, p. 153-174, 2021. doi: 10.34117/bjdv7n1-013
- FAUL, F. et al. G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior research methods*, 39, n. 2, p. 175-191, 2007. doi: 10.3758/bf03193146
- BARBOZA, B. R. L. et al. A importância do acompanhamento de pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica na atenção primária em saúde. *Revista Multidisciplinar em Saúde*, v. 2, n. 4, p. 391-391, 2021. doi: 10.51161/remis/3339
- GEWEHR, D. M. et al. Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. *Saúde em Debate*, 42, p. 179-190, 2018. doi: 10.1590/0103-1104201811614

- GOMES E MARTINS, A. et al. Adesão ao tratamento clínico ambulatorial da hipertensão arterial sistêmica. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27, p. 266-272, 2014. doi: 10.1590/1982-0194201400045
- JUSTE, A. M. et al. Adherence to treatment of hypertension, hypercholesterolaemia and diabetes in an elderly population of a Spanish cohort. *Medicina Clínica (English Edition)*, 153, n. 1, p. 1-5, 2019. doi: 10.1016/j.medcli.2018.10.023
- LIMA, T. D. M. et al. Treatment adherence profile of hypertension patients from the Municipal Health Unit of Fátima, City of Belém, Pará, Amazônia, Brazil. *Rev Pan-Amaz Saude*, p. 113-120, 2010. doi: 10.5123/S2176-62232010000200014
- MACETE, K. G.; BORGES, G. F. Não Adesão ao Tratamento não Medicamentoso da Hipertensão Arterial Sistêmica. *Saúde em Foco*, p. 128-154, 2020. doi: 10.12819/rsf.2020.7.1.8
- MALTA, D. C. et al. Prevalência da hipertensão arterial segundo diferentes critérios diagnósticos, Pesquisa Nacional de Saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 21, p. e180021, 2018. doi: 10.1590/1980-549720180021.supl.1
- MORISKY, D. E. et al. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *The journal of clinical hypertension*, 10, n. 5, p. 348-354, 2008. doi: 10.1111/j.1751-7176.2008.07572.x
- NAGHAVI, M. et al. Global, regional, and national age-sex specific mortality for 264 causes of death, 1980–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The lancet*, 390, n. 10100, p. 1151-1210, 2017. doi: 10.1016/S0140-6736(17)32152-9
- NATARAJAN, N. et al. Adherence to antihypertensive medications among family practice patients with diabetes mellitus and hypertension. *Canadian family physician*, 59, n. 2, p. e93-e100, 2013.
- OLSEN, M. H. et al. A call to action and a lifecourse strategy to address the global burden of raised blood pressure on current and future generations: the Lancet Commission on hypertension. *The Lancet*, 388, n. 10060, p. 2665-2712, 2016. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31134-5
- PIERIN, A. M. G. et al. Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde localizadas na Região Oeste da cidade de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16, p. 1389-1400, 2011. doi: 10.1590/S1413-81232011000700074
- REMONDI, F. A. et al. Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo: prevalência e determinantes em adultos de 40 anos e mais. *Cadernos de Saúde Pública*, 30, p. 126-136, 2014. doi: 10.1590/0102-311X00092613
- OMS - Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción (Documento OMS traducido). Ginebra, 2004. Disponível em: <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/adherencia-largo-plazo.pdf>.
- SARNO, F. et al. Perfil de pacientes com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus de unidades de Atenção Primária à Saúde. *Einstein (São Paulo)*, 18:eAO4483, 2020. doi: 10.31744/einstein_journal/2020AO4483
- SILVA, A. P. D. et al. Fatores associados à não adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica: uma revisão integrativa. *Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)*, p. 4047-4055, 2016. doi: 10.9789/2175-5361.2016.v8i1.4047-4055
- STRELEC, M. et al. A influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente à tomada dos remédios no controle da hipertensão arterial. *Arq bras cardiol*, 81, n. 4, p. 343-354, 2003. doi: 10.1590/S0066-782X2003001200002
- TAVARES, N. U. L. et al. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 50(supl 2):10s, 2016. doi: 10.1590/S1518-8787.20160500061501.