

AMANDA DURANDO REBOUÇAS
ARTHUR ALVES BORGES DE CARVALHO
JÚLIA CUNHA DAVID
(ORGANIZADORES)

PESQUISA CIENTÍFICA EM FOCO



EDITORA INOVAR

PESQUISA CIENTÍFICA EM FOCO



AMANDA DURANDO REBOUÇAS
ARTHUR ALVES BORGES DE CARVALHO
JÚLIA CUNHA DAVID

PESQUISA CIENTÍFICA EM FOCO

Copyright © dos autores

Todos os direitos garantidos. Qualquer parte desta obra pode ser reproduzida, transmitida ou arquivada desde que levados em conta os direitos dos autores.

**Amanda Durando Rebouças; Arthur Alves Borges de Carvalho; Júlia Cunha David
(Organizadores).**

Pesquisa Científica em foco. Campo Grande: Editora Inovar, 2019. 99p.

ISBN: 978-65-80476-33-6.

1. Saúde. 2. Pesquisa. 3. Estudos. 4. Doenças. 5 Autor. I. Título.

CDD – 610

Os conteúdos dos capítulos são de responsabilidades dos autores.

Editora Inovar
www.editorainovar.com.br
79002-401 - Campo Grande – MS
2019

SUMÁRIO

Capítulo 1

PREVALÊNCIA DOS CASOS DE CANDIDÍASE VULVOVAGINAL EM ACADÊMICAS DE MEDICINA NO ITPAC PORTO 07

Anna Paula Silva Nogueira

Isabelly Miranda Esteves

Guilherme Vaz Burns

Capítulo 2

AValiação DAS CAUSAS BÁSICAS DE ÓBITOS NO ESTADO DO TOCANTINS, 2010 A 2016 21

Amanda Durando Rebouças

Júlia Cunha David

Arthur Alves Borges de Carvalho

Capítulo 3

ANÁLISE DE DADOS DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES DO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO: A ADESAO DA POPULAÇÃO INFANTIL À VACINAÇÃO NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE PORTO NACIONAL – TOCANTINS 34

Hugo Coelho Costa Arruda

Julia Schneider

Tathiana Nascimento Marques

Capítulo 4

ANÁLISE DOS DIAGNÓSTICOS DE PACIENTES COM DEMÊNCIA VASCULAR NO AMBULATÓRIO DA FAPAC/ITPAC DE PORTO NACIONAL-TO NO PERÍODO DE 2019 42

Karina Rocha Almargo

Sabriny Nolêto Kasburg

João Fellipe Bento Borges

Capítulo 5

BENEFÍCIOS DA REEDUCAÇÃO POSTURAL PSICOMOTORA COMPARADO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO NA ESPONDILITE ANQUILOSANTE 52

Leandro Lourenço dos Santos

Yago Gonçalves Rosa Prestes

M^a. Taynara Augusta Fernandes

Capítulo 6

A PERCEPÇÃO DOS PACIENTES QUANTO AOS ATENDIMENTOS DOS ACADÊMICOS DO CURSO DE MEDICINA EM UMA UBS DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL 63

Fernando Coelho Barbosa

Samira Géssica Ferreira dos Santos

Tathiana Nascimento Marques

Capítulo 7

AValiação DO NÍVEL DE ESTRESSE EM ESTUDANTES DE MEDICINA DO ITPAC – PORTO NACIONAL 72

Aline Maria Marques

Guilherme Assunção Godinho

Flávio Dias Silva

Capítulo 8

A PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS DEPRESSIVOS EM IDOSOS ASSISTIDOS POR UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE 80

Daniel Henrique da Silva Luz

Sophia Machado Ayres Sardinha

Ohana de Moura Arruda

Sobre as autoras e os autores

96

Capítulo 1

PREVALÊNCIA DOS CASOS DE CANDIDIASE VULVOVAGINAL EM ACADÊMICAS DE MEDICINA NO ITPAC PORTO

PREVALENCE OF CASES OF VULVOVAGINAL CANDIDIASIS IN MEDICAL STUDENTS OF ITPAC PORTO.

Anna Paula Silva Nogueira¹

Isabelly Miranda Esteves²

Guilherme Vaz Burns³

RESUMO

Introdução: A candidíase vulvovaginal (CVV) é uma doença que acomete mulheres em idade fértil. Caracterizada como um processo infeccioso que atinge o trato geniturinário inferior feminino, causado por fungos do gênero *Cândida*. A genitália feminina apresenta particularidades que quando associada a alguns hábitos da mulher moderna podem prejudicar a manutenção da homeostase. O presente estudo descreve alguns fatores relacionados com a prevalência de casos de CVV em acadêmicas do curso de Medicina na ITPAC-PORTO em Porto Nacional/TO. **Metodologia:** A pesquisa envolveu um questionário contendo 15 perguntas relacionadas ao tema. Com relação à prevalência da CVV, observou-se que o número é crescente entre os períodos, porém não acomete a maioria dessas mulheres jovens. Foram entrevistadas 224 alunas do curso de medicina de uma faculdade particular no município de Porto Nacional/TO. **Resultados:** Elas apresentaram média de idade de 21 anos e 24 anos. Dentre as entrevistadas, 94,2% acham que as vestimentas podem causar problemas ginecológicos, 90,6% das estudantes usam calças justas ou roupas apertadas, 64,7% das entrevistadas acham que a calcinha comprime a área genital, 87,5% concordam que a calcinha de algodão é melhor para prevenir infecções ginecológicas e 98,2% acreditam que a rotina acadêmica é estressante. **Discussão e Consideração Final:** A investigação possibilitou conhecer as características da CVV, na população estudada, além de avaliar, indiretamente a atenção que é dada para a prevenção dessa doença em âmbito de saúde pública.

Palavras-chave: Estudantes de medicina. Candidíase vulvovaginal. Genitália feminina.

ABSTRACT

Introduction: Vulvovaginal candidiasis (CVV) is a disease that affects women of childbearing age. Characterized as an infectious process that affects or treats the female lower

¹ Faculdade Presidente Antônio Carlos, acadêmico de medicina, Porto Nacional - TO

² Faculdade Presidente Antônio Carlos, acadêmico de medicina, Porto Nacional - TO

³ Faculdade Presidente Antônio Carlos, Professor e Orientador, Porto Nacional – TO

genitourinary, caused by *Candida* fungi. Female genitalia have characteristics that when associated with some habits of modern women can impair the maintenance of homeostasis. The present study describes some factors related to the prevalence of CVV cases in medical courses at ITPAC-PORTO in Porto Nacional / TO. Methodology: One survey involved a questionnaire containing 15 questions related to the topic. Regarding the prevalence of CVV, the number of people who grow between periods decreases but does not reach most of these young people. A total of 224 medical students from a private college in Porto Nacional / TO were interviewed. Results: They have a mean age of 21 and 24 years. Among the respondents, 94,2% think that clothes can cause gynecological problems, 90,6% of students wear tight or open clothes, 64,7% of respondents think that the panties comprise a genital area, 87,5% agree that A Cotton panties are better for preventing gynecological infections and 98,2% than the academic routine is stressful. Discussion and Final Consideration: An investigation made possible to know how resources of CVV, in the studied population, besides indirectly evaluating the attention that is given to the prevention of this disease in the public health scope.

Keywords: Medical students. Vulvovaginal candidiasis. Female genitalia.

1 INTRODUÇÃO

A candidíase vulvovaginal (CVV) é uma doença causada por diversas leveduras do gênero *Cândida* que fazem parte da microbiota normal das mulheres. Em particular a *Candida albicans*, patógeno oportunista que encontra-se adaptado ao corpo humano, pode colonizar sem alterações na normalidade fisiológica e, quando a microbiota está em desequilíbrio esta levedura pode causar uma inflamação que varia de lesões superficiais ou até disseminadas.

Clinicamente, a CVV se caracteriza por alguns sintomas mais comuns, como leucorréia esbranquiçada, prurido vulvar intenso, dispareunia, edema e eritema vulvar. Essa vulvovaginite pode não apresentar uma séria ameaça a vida, entretanto torna-se um relevante problema na saúde da mulher. Segundo Alvares *et al.*, a CVV é um dos diagnósticos mais frequentes na prática diária em ginecologia e sua incidência tem aumentado drasticamente.

São diversos fatores que favorecem a proliferação deste fungo. Dentre eles, a mudança de hábitos da mulher moderna é o que mais implica nessa ocorrência. As saias foram substituídas pelas calças jeans, as calcinhas 100% algodão foram substituídas pelos tecidos sintéticos pelo baixo custo e os hábitos de higiene estão mais escassos (OLIVEIRA; ABRAHÃO, 2017)

O presente projeto teve como objetivo realizar um estudo epidemiológico entre mulheres estudantes de Medicina do Instituto Tocantinense Antônio Carlos Porto - ITPAC de Porto Nacional – TO, com propósito de identificar qual a relação das graduandas com a

candidíase vulvovaginal durante a vida acadêmica e, quais são os possíveis fatores desencadeantes. Pois, foi observado durante o dia a dia das acadêmicas de Medicina o uso mais rotineiro de calças jeans devido a carga horária extensa e aulas em ambulatórios e laboratórios que exigem tais vestimentas. Vale ressaltar outras causas como higiene precária, e o estresse como fator depressor da imunidade.

Além disso, Porto Nacional - TO é um município que possui na maior parte do ano temperaturas acima de 30°C (média de 26,9°C) e com baixa umidade relativa do ar. Esse clima tropical aliado a um ensino em tempo integral, no qual estudantes de medicina passam a maior parte do dia na instituição, fazendo uso constante de calças jeans e sem hábitos de higiene íntima adequados, chamaram atenção para esta problemática.

Foi possível identificar, por meio de relatos diários, que existe uma grande quantidade de graduandas que sofrem impactos na sua vida cotidiana e acadêmica, como irritabilidade, perda do sono e estresse contínuo pela não resolução do problema.

Dessa forma, acreditou-se que o estudo dessa temática é pertinente e deve ser dada uma atenção essencial para os cuidados ginecológicos. O presente projeto despertou o interesse das pesquisadoras enquanto acadêmicas da área da saúde e futuras médicas a oferecer conhecimento e suporte para a rotina e atividades diárias das estudantes. Foi realizada uma pesquisa de campo para identificar fatores que podem desencadear a CVV e, com este levantamento de dados, o projeto contribuirá para melhoria da qualidade de vida daquelas que passam por episódios da doença, além de suscitar uma reflexão sobre temática prevenindo que a doença acometa mais acadêmicas ou que se torne recorrente.

2 METODOLOGIA

O Estudo transversal da área de ciências da saúde, com abordagem quantitativa, de caráter descritivo, a respeito de informações coletadas em questionários respondidos por alunas matriculadas no curso de Medicina da Faculdade ITPAC-PORTO, Porto Nacional/TO.

Levou-se em consideração, nas informações coletadas, dados como: período em curso, idade, estado civil e o questionário de Giraldo *et. al* (adaptado - 2013), com perguntas objetivas pertinentes à Candidíase, sua instalação, fatores agravantes e hábitos de vida relacionados. Totalizou 224 meninas, do primeiro ao oitavo período do curso de Medicina que responderam o questionário.

Após a coleta dos dados, foram reunidos todos os questionários, separados em duas etapas, do primeiro ao quarto período e do quinto ao oitavo período. Submetido assim, a uma

análise estatística descritiva e analítica, através da coleta de dados pelas planilhas do Microsoft Excel e os dados transferidos para o programa Epi Info 7.2 e Microsoft Word para a construção de gráficos e tabelas contendo números absolutos e percentuais, seguidos de análise e discussão dos resultados.

3 RESULTADOS

Foram entrevistadas 224 alunas do curso de Medicina da Faculdade Presidente Antônio Carlos Porto – ITPAC Porto, sendo 53 (23,7%) do primeiro período; 30 (13,4%) do segundo período 16 (7,1%); do terceiro período, 10 (4,5%); do quarto período, 28 (12,5%); do quinto período, 47 (20,9%); do sexto período, 23 (10,3%); do sétimo período e 17 (7,6%) do oitavo período. Elas apresentaram média entre de idade 21 anos e 24 anos, do primeiro ao quarto período e do quinto ao oitavo período, respectivamente (Tabela 1).

Tabela 1. Perfil das entrevistadas separado em duas etapas

VARIÁVEIS	1º ao 4º PERÍODO	5º ao 8º PERÍODO
Idade (média)	21 anos	24 anos
Estado Civil (%)	91 solteiras (83,5%)	101 solteiras (87,8%)
	3 namorando (2,8%)	5 namorando (4,4%)
	2 noivas (1,8%)	9 casadas (7,8%)
	5 casadas (4,6%)	
	8 não responderam (7,3%)	

Fonte: Tabela elaborada pelas autoras.

Os assuntos abordados na pesquisa, com relação ao conhecimento da doença, se já teve diagnóstico, fez automedicação, às vestimentas, estresse cotidiano, hábitos de vida

sexuais das acadêmicas, estão demonstrados em períodos separados em duas etapas, do primeiro ao quarto período e quinto ao oitavo período, na tabela 2.

Tabela 2. Percentual de ambas alternativas de cada pergunta. Em "x" respostas nulas

PERGUNTAS	1º ao 4º	5º ao 8º	GERAL
1. Você sabe o que é candidíase vulvovaginal?	Sim 99 (90,8%)	114 sim (99,1%)	213 Sim (95,1%)
	Não 10 (9,2%)	1 não (0,9%)	11 Não (4,9%)
2. Você já teve candidíase vulvovaginal diagnosticada alguma vez?	34 sim (31,2%)	66 sim (57,4%)	100 sim (44,6%)
	75 não (68,8%)	49 não (42,6%)	124 não (55,4%)
3. Já teve ou acha que teve mais de 3 episódios de candidíase vulvovaginal durante o período letivo?	11 sim (10%)	22 sim (19,1%)	33 sim (14,7%)
	98 não (90%)	93 não (80,9%)	191 não (85,3%)
4. Já sentiu coceira vulvar intensa associada a corrimento vaginal esbranquiçado, inchaço vaginal e incomodo nas relações sexuais associado?	38 sim (34,9%)	56 sim (48,7%)	94 sim (42%)
	71 não (65,1%)	57 não (49,6%)	128 não (57%)
		2 x (1,7%)	2 x (1%)
5. Já se automedicou por suspeitar de candidíase vulvovaginal?	26 sim (23,9%)	49 sim (42,6%)	75 sim (33,5%)
	77 não (70,6%)	64 não (55,7%)	141 não (62,9%)

	6 x (5,5%)	2 x (1,7%)	8 x (3,6%)
6. Você acredita que alguns tipos vestimentas podem causar problemas ginecológicos como odores, corrimentos, prurido e infecção?	103 sim (94,5%)	108 sim (94%)	221 sim (94,3%)
	5 não (4,6%)	7 não (6%)	12 não (5,3%)
	1 x (0,9%)		1 x (0,5%)
7. Você acredita que calcinhas de algodão são melhores para prevenir infecção ginecológica do que as de outro tecido?	90 sim (82,6%)	106 sim (92,2%)	196 sim (87,5%)
	19 não (17,4%)	9 não (7,8%)	28 não (12,5%)
8. Acha que calcinha comprime área genital?	66 sim (60,6%)	79 sim (68,7%)	145 sim (64,7%)
	40 não (36,7%)	36 não (31,3%)	76 não (33,9%)
	3 x (2,7%)		3 x (1,4%)
9. Costuma usar muito calça jeans ou roupas apertadas durante o dia a dia?	100 sim (91,8%)	103 sim (89,6%)	203 sim (90,6%)
	8 não (7,3%)	11 não (9,6%)	19 não (8,5%)
	1 x (0,9%)	1 x (0,8%)	2 x (0,9%)
10. Passa mais de 12 horas facultade com vestimentas citadas anteriormente?	69 sim (63,3%)	79 sim (68,7%)	148 sim (66,1%)
	40 não (36,7%)	36 não (31,3%)	79 não (33,9%)
11. Faz uso de anticoncepcional?	63 sim (57,8%)	66 sim (57,4%)	129 sim (57,6%)
	46 não	49 não	95 não (42,4%)

	(42,2%)	(42,6%)	
12. Considera a rotina acadêmica estressante?	106 sim (97,2%)	114 sim (99,1%)	220 sim (98,2%)
	3 não (2,8%)	1 não (0,9%)	4 não (1,8%)
13. Possui vida sexual ativa?	77 sim (70,6%)	96 sim (83,5%)	173 sim (77,2%)
	31 não (28,4%)	19 não (16,5%)	50 não (22,3%)
	1 x (1%)		1 x (0,5%)
14. Acha que seria difícil conversar com seu parceiro(a) sobre o tema?	20 sim (18,3%)	23 sim (20%)	43 sim (19,2%)
	89 não (81,7%)	92 não (80%)	181 não (80,8%)
15. Faz uso de sabonete íntimo diariamente?	61 sim (56%)	35 sim (30,4%)	96 sim (42,9%)
	48 não (44%)	80 não (69,6%)	128 não (57,1%)

Fonte: Tabela elaborada pelas autoras.

Ao separar essas mulheres em duas faixas, sendo a primeira correspondente às acadêmicas do 1º ao 4º período e a segunda do 5º ao 8º, nota-se que o conhecimento a respeito da patologia aumentou e, também, o relato de mais diagnósticos. Das 109 participantes do 1º ao 4º, 90,9% conhecem a candidíase vulvovaginal (Gráfico 1), e do 5º ao 8º 99,1% (Gráfico 2). Enquanto isso, já foram diagnosticadas pelo menos uma vez 31,2% e 57,4%, respectivamente.

Gráfico 1. 1-4 períodos em nº absoluto. Significativo a 95% ($p \leq 0,05$)

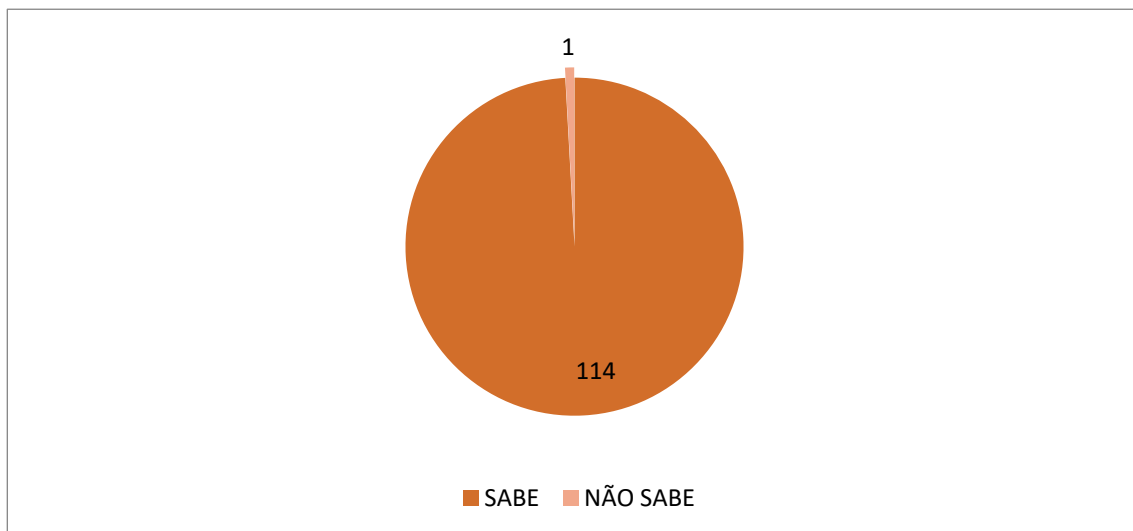
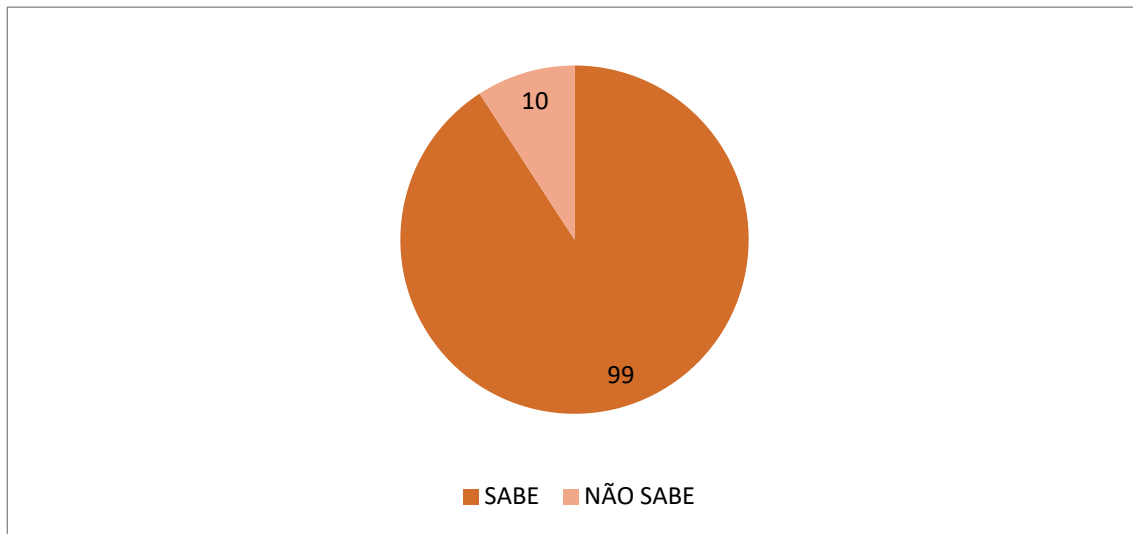


Gráfico 2. 5-8 períodos em nº absoluto. Significativo a 95% ($p \leq 0,05$)

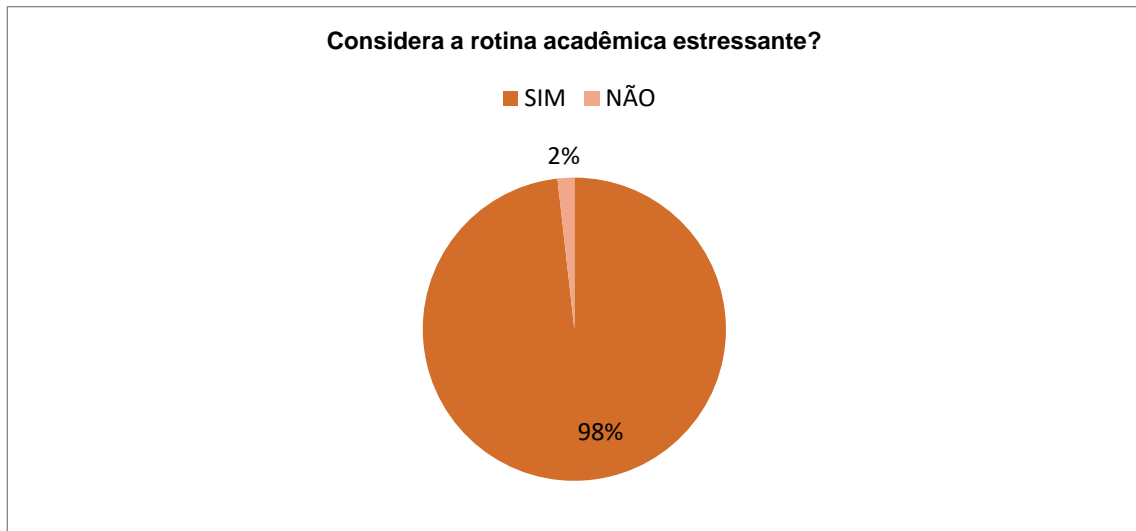
Fonte: Gráfico elaborado pelas autoras.

Em contrapartida, observa-se um percentual pequeno dentre aquelas que tiveram reinfecções e/ou recidivas, pelo menos 3 vezes durante a faculdade, sendo eles 10,1% (1º ao 4º) e 19,1% (5º ao 8º), mantendo ainda o perfil progressivo conforme maior envolvimento acadêmico.

O conhecimento sobre a sintomatologia vulvar (prurido local, leucorréia, inchaço e dispareunia) acompanha a tendência de meninas que tiveram episódio diagnosticado da doença, sendo a minoria de 36,7% do primeiro ao quarto período e 48,7% do quinto ao oitavo período. Além disso, a automedicação é baixa entre as acadêmicas de Medicina, sendo 23,9% e 42,6%, respectivamente. Entretanto, é possível afirmar que quanto maior o período é maior a automedicação.

Sendo esta uma pesquisa realizada em ambiente universitário, é de suma relevância reconhecer a atuação dos fatores estressores associada à infecção por *Candida spp.* As participantes afirmaram, quase a totalidade, que a rotina acadêmica é estressante, sendo 97,2% dos primeiros quatro períodos e 99,1% dos quatro últimos, mantendo assim uma coerência independente do tempo de graduação, idade ou estado civil (Gráfico 3).

Gráfico 3: Porcentagem do 1-8 período



Fonte: Gráfico elaborado pelas autoras.

4 DISCUSSÃO

Este estudo visa conhecer a prevalência dos casos de Candidíase Vulvovaginal (CVV), bem como o entendimento das acadêmicas sobre o tema, relacionando com hábitos diários de mulheres jovens com alto nível educacional.

É possível verificar que a maior parte da amostra é composta por mulheres jovens em idade fértil, sendo maioria solteira e que possuem vida sexual ativa. O estudo de Rodrigues *et al.*, (2013) atesta o presente projeto no qual a CVV é relatada em mulheres em idade reprodutiva com vida sexual ativa.

Os dados confirmam que como maior envolvimento acadêmico, ou seja, quanto maior o período há mais casos de CVV. Bem como, é crescente o conhecimento sobre o que é a doença. Acredita-se que tal fato está relacionado com a capacidade de compreender doenças que são abordados ao decorrer do curso. Apesar desta bagagem de conhecimento adquirida ao

longo dos períodos, não é significativo o número de acadêmicas que se automedicam, mesmo com a facilidade de acesso aos fármacos que tratam os sintomas e erradicam o patógeno.

A sintomatologia da infecção é caracterizada por ardor, Dispareunia, prurido vulvar intenso, edema e hiperemia de vulva e vagina, podendo estar acompanhada de disúria. O corrimento é bem característico, branco espesso, inodoro, sendo semelhante a nata de leite. Os sintomas se intensificam no período menstrual quando a acidez vaginal esta aumentada (ÁLVARES; SVIDZINSKI; CONSOLARO, 2007).

No estudo de Sousa *et al.* (2018), foi possível identificar um alto índice de automedicação em pacientes com candidíase vulvovaginal, acarretando um aumento na resistência da microbiota como consequência do tratamento inadequado ou incompleto. Relacionaram esse cenário à facilidade em comprar antifúngicos, sendo assim, um fator alarmante para o agravamento e recorrência da doença.

A maior incidência dos casos estão relacionados com a rotina estressante em quase unanimidade dentre todas as acadêmicas. Este fator deve estar relacionado, além do grande fluxo de conteúdo, à carga horária extensa das quais elas estão submetidas e, muitas vezes com vestimentas que favorecem também a manifestação da doença, tais como calças, calcinhas comprimindo a região vulvar e de material que não seja o algodão. Como atestado pelo estudo de Holanda *et al.*, (2007), há alguns fatores que podem propiciar surgimento da CVV como o estresse, variações hormonais, variações de temperatura, de pH e utilização de roupas mais justas.

A partir dos resultados obtidos é notório que a maioria das participantes sabe que calcinhas de algodão são melhores para prevenir infecção vulvar. Os dados corroboram com estudo de Oliveira e Abrahão (2017), no qual a maioria de suas entrevistadas concorda que este material é melhor para cuidados com a região íntima.

O tipo de vestimenta promove alteração da flora microbiana da região genital devido à umidade e à variação da temperatura, modificando seu ecossistema e causando irritação, alergia ou corrimento indesejável. Essas alterações podem interferir na sexualidade feminina (SCHLOSSER, 2010).

Outro fator contribuinte relacionado à vestimenta trata-se da compressão da região vulvar por calcinhas e calças jeans. Nos resultados verificou-se que grande parte das entrevistadas acredita nessa premissa. Entretanto, um fato contraditório é que apesar de acreditarem que tais vestimentas comprimem e trazem prejuízo para a região genital, quando questionadas sobre o uso rotineiro por mais de 12 horas durante o período letivo, em quase

sua totalidade, responderam positivamente para estes hábitos. Assim como analisado no estudo de Oliveira e Abrahão (2017), esse padrão se mantém.

Curiosamente, Giraldo *et al.* (2007), também questiona tais hábitos em seu estudo e afirma que ao usar calcinhas de algodão e ao mesmo tempo calças jeans apertadas, contrariamente ao desejável, há uma restrição da ventilação genital, comprimindo a vulva e promovendo isquemia tecidual e traumas. Portanto, o efeito favorável das calcinhas de algodão torna-se irrelevantes pelo efeito desfavorável das calças justas.

Em uma revisão de literatura, foi observado que a posição geográfica também pode ser considerada um fator relevante para o aparecimento da infecção, assim como o uso frequente de calça jeans, procedimentos invasivos e imunossupressão (FURTADO, 2019)

Como esperado, a maioria das acadêmicas estão sexualmente ativas, independente de estado civil e idade, além de fazerem uso de anticoncepcional. No contexto contemporâneo nota-se uma supremacia de métodos hormonais sob os de barreira, que são importantes tanto na prevenção de gravidez indesejável quanto nas IST's.

A partir dos primeiros movimentos feministas da década de 60, no qual defendia-se a autonomia sexual feminina, houve o surgimento da pílula anticoncepcional. Essa mudança no cenário de gênero, fez com que o uso da camisinha masculina fosse cada vez menos usual (PAIVA, 2014).

A transmissão pela via sexual é pensada, porém a CVV não é considerada uma infecção sexualmente transmissível (ÁLVARES; SVIDZINSKI; CONSOLARO, 2007). Ademais, é sabido que apesar de não se tratar de uma IST, o ato sexual sem preservativo altera substancialmente o pH vaginal e, conseqüentemente, o equilíbrio de bactérias próprias do local. Segundo Giraldo *et al.*, a deposição de sêmen, que encontra-se em meio alcalino, no epitélio vaginal, seja pelo estímulo local da mucosa ou por introdução de bactérias estranhas, teoricamente é um fator importante que leva à alteração da microbiota vaginal e, conseqüentemente, maiores chances de infecção.

Mesmo com conhecimento prévio sobre o tema, nota-se que ainda há uma quantia considerável de mulheres jovens que acreditam ser difícil conversar a respeito da doença com o parceiro (a). Pode-se atribuir esse receio aos tabus ainda existentes na sociedade a respeito da sexualidade feminina.

Os resultados mostraram muitas lacunas existentes no senso comum sobre questões relativas à saúde da mulher. Fatores interferem na abordagem específica deste tema, considerando como o principal tabu, é o que ainda reveste a sexualidade. Não saber que a candidíase é uma doença relacionada à baixa imunidade e somente relacioná-la às doenças

transmitidas pelo sexo, impacta na saúde da mulher e do homem, na saúde reprodutiva, nas questões afeitas à sexualidade e na saúde do casal e familiar. O que faz com que as mulheres não conversem sobre este tema é a vergonha de abordá-lo (TRINDADE; FERREIRA, 2007).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou concluir que mulheres jovens estudantes de Medicina vivem sob constante pressão em meio acadêmico e que, apesar de estarem cientes de alguns costumes inadequados com a região genital como o uso de calças jeans e roupas apertadas, assumem rotineiramente essas condutas durante todo o período letivo.

O conhecimento das acadêmicas sobre o tema é crescente à medida que passam-se os períodos. Apesar da porcentagem de universitárias que tiveram candidíase vulvovaginal ser inferior as que não tiveram, ainda assim são números significativos, os quais nos trazem questionamento quanto à abordagem dessa doença em meio acadêmico e o que pode ser feito para prevenir e melhorar a qualidade de vida dessas mulheres.

O questionário foi empregado de forma sucinta com questões básicas e habituais em perguntas objetivas e que não exigem conhecimento teórico abrangente a respeito da candidíase. Juntamente à aplicação dele, foi realizada sensibilização sobre o tema, para que sanasse alguma dúvida ou estranhamento.

Este estudo é atual e inédito, relatando os cuidados e hábitos íntimos praticados por estudantes de uma faculdade particular de Porto Nacional/TO. Mesmo com a impossibilidade de generalizar os dados para universitárias brasileiras e população em geral, reconhecemos que as mulheres da atualidade são modernas, com bom nível sociocultural e que passam longas e estressantes jornadas fora de suas casas.

REFERÊNCIAS

ÁLVARES, Cassiana Aparecida; SVIDZINSKI, Terezinha Inez Estivalet; CONSOLARO, Márcia Edilaine Lopes. Candidíase vulvovaginal: fatores predisponentes do hospedeiro e virulência das leveduras. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, v. 43, n. 5, p. 319-327, 2007.

DA SILVA, Patrick Leonardo Nogueira et al. Perfil do conhecimento de mulheres quanto aos fatores predisponentes ao desenvolvimento da candidíase vulvovaginal. **Revista Eletrônica Acervo Saúde/Electronic Journal Collection Health ISSN**, v. 2178, p. 2091.

DE SOUSA, Naiane Maria et al. CONSEQUÊNCIAS DA AUTOMEDICAÇÃO EM PACIENTES COM CANDIDÍASE VAGINAL. **Mostra Interdisciplinar do curso de Enfermagem**, 2019.

FURTADO, Haryne Lizandrey Azevedo et al. FATORES PREDISPOANTES NA PREVALÊNCIA DA CANDIDÍASE VULVOVAGINAL. **Revista de Investigação Biomédica**, v. 10, n. 2, p. 190-197, 2019.

GIRALDO, Paulo César et al. Hábitos e costumes de mulheres universitárias quanto ao uso de roupas íntimas, adornos genitais, depilação e práticas sexuais. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, 2013.

GIRALDO, Paulo César et al. Influence of frequency of vaginal intercourse and the use of douching on vaginal microbiota. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 27, n. 5, p. 257-262, 2005.

JÚNIOR, Anísio Gazeta; GRIGOLETO, Andréia Regina Lopes; FREGONEZI, Paula Andrea Gabrielli. Candidíase vaginal: uma questão de educação em saúde. **Brazilian Journal of Health**, v. 2, n. 2/3, p. 89-96, 2011.

OLIVEIRA, Daiana; ABRAHÃO, Dayana Pousa Siqueira. ESTUDOS DOS HÁBITOS E COSTUMES DE ACADEMICAS DA ÁREA DE SAÚDE QUANTO AO USO DE ROUPAS ÍNTIMAS, ADORNOS GENITAIS E DEPILAÇÃO. **JORNAL DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS E SAÚDE**, v. 2, n. 3, p. 5, 2017.

PAIVA, Cláudia Gersen Alvarenga de et al. **Saúde sexual e reprodutiva da mulher: análise da disponibilidade, percepções e habilidade no uso do preservativo feminino**. 2014. Tese de Doutorado.

ROCHA, MANOEL REGINALDO et al. Candidíase vulvovaginal: sintomatologia, fatores de risco e colonização anal concomitante. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 29, n. 1, p. 3-9, 2007.

RODRIGUES, Márcio Tavares et al. Association between vaginal secretion culture, socio-demographic characteristics and clinical manifestations of patients with vulvovaginal candidiasis. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 35, n. 12, p. 554-561, 2013.

TRINDADE, Wânia Ribeiro; FERREIRA, Márcia Assunção. Grupo feminino de cuidado: estratégia de pesquisa-cuidado à mulher. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 3, p. 374-380, 2009.

Capítulo 2

AVALIAÇÃO DAS CAUSAS BÁSICAS DE ÓBITOS NO ESTADO DO TOCANTINS, 2010 A 2016

EVALUATION OF THE BASIC CAUSES OF DEATH IN THE TOCANTINS STATE, 2010 A 2016

Amanda Durando Rebouças¹

Júlia Cunha David²

Arthur Alves Borges de Carvalho³

RESUMO

Introdução – O levantamento de dados sobre mortalidade representa importante aporte para a grande maioria dos indicadores de saúde, mesmo nos chamados países desenvolvidos. Ainda que neles, de maneira geral, seja possível obter dados de morbidade, é a mortalidade que continua sendo um dos principais componentes dessas análises. **Metodologia** – O presente trabalho trata-se de um estudo retrospectivo, transversal, quantitativo e qualitativo sobre as causas básicas de óbitos no estado do Tocantins. Para isso, recorreu-se ao banco de dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), desenvolvido pelo Departamento de Informação de Saúde (DATASUS) e disponíveis publicamente por meio do site e coletados por meio de acesso virtual. **Resultados e Discussão** – Segundo dados do SIM colhidos na plataforma do DATASUS, os casos de óbitos notificados no período entre Janeiro de 2010 e Dezembro de 2016 somam um total de 49.052 casos, sendo o ano de 2016 o que obteve o maior número de casos notificados, 7.500 ao todo, a causa morte mais frequente registrada foram por doenças do aparelho circulatório, no sexo masculino, em pardos e o número de óbitos cresce proporcional a idade. **Conclusão** – Por fim, a escassez de estudos que avaliem as causas básicas de óbitos e a qualidade dessas informações do SIM revela a necessidade do desenvolvimento de outros estudos abordando essa temática, sendo essa uma importante contribuição do presente estudo.

Palavras-chaves: Óbito. Mortalidade. Notificação. Causas de Morte.

ABSTRACT

Introduction - Surveying mortality data is an important factor for the vast majority of health indicators, even in the countries concerned. Although morbidity data can generally be obtained from them, mortality remains one of the main components used. **Methodology** - This paper is a retrospective, cross-sectional, quantitative and qualitative study on the underlying causes of deaths in the state of Tocantins. For this, we resorted to the database of the Mortality Information System (SIM), developed by the Department of Health Information (DATASUS) and publicly available through the site and collected through virtual access. **Results and Discussion** - According to SIM

¹ Faculdade Presidente Antônio Carlos, acadêmica de medicina, Porto Nacional - TO

² Faculdade Presidente Antônio Carlos, acadêmica de medicina, Porto Nacional - TO

³ Faculdade Presidente Antônio Carlos, Professor e Orientador, Porto Nacional - TO

data collected on the DATASUS platform, the reported death cases in the period between January 2010 and December 2016 total 49,052 cases, with 2016 having the highest number of reported cases, 7,500 in all, the most frequent cause of death was due to circulatory diseases, in males, in browns and the number of deaths increases proportionally to age. **Conclusion** - Finally, the scarcity of studies evaluating the underlying causes of death and the quality of this SIM information reveals the need for further studies addressing this theme, which is an important contribution of the present study.

Key-words: Death. Mortality. Notification. Causes of Death.

INTRODUÇÃO

O levantamento de dados sobre mortalidade representa importante aporte para a grande maioria dos indicadores de saúde, mesmo nos chamados países desenvolvidos. Ainda que neles, de maneira geral, seja possível obter dados de morbidade, é a mortalidade que continua sendo um dos principais componentes dessas análises (Jorge et al., 2002).

Para o conhecimento do processo saúde e doença da população, as informações sobre morbidade são consideradas mais adequadas. Contudo, conseqüentemente a maior dificuldade de obtenção e análise dessas informações, utilizam-se dados de mortalidade, que são de obtenção mais simples e têm cobertura universal.

As estatísticas de mortalidade sempre foram e continuam sendo a principal fonte de dados para se conhecer o perfil epidemiológico de uma área, analisar tendências, indicar prioridades, avaliar programas, entre outras finalidades (Ishitani et al., 2001).

No Brasil, a estatística de mortalidade é obtida de forma simples, visto serem rotineiramente produzidos pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS). Este foi criado e implantado no país em 1975/76 e vem, aumentando gradativa e lentamente sua abrangência, entendida esta como a cobertura dos eventos acontecidos no país (Jorge et al., 2002).

Informações analisadas pelo SIM podem indicar problemas no acesso aos serviços de saúde e demonstra a qualidade da assistência médica prestada à população. O Sistema foi criado pelo Ministério da Saúde com o objetivo de compilar os dados de óbitos ocorridos no território nacional e permitir a construção de indicadores demográficos e de saúde da população (Frias et al., 2008).

Contudo, a análise sobre mortalidade pode ser comprometida por elevado número de causas de óbitos mal definidas (CMD) registradas no SIM.

Os estudos epidemiológicos de mortalidade em Saúde Pública, desde os trabalhos de Graunt no século XVII, atribuem tradicionalmente uma só causa para cada óbito. Todavia, classificar a causa básica de morte é relativamente simples quando está mencionada uma só causa no atestado, sendo

mais complexo quando dois ou mais estados patológicos estão descritos na Declaração de Óbito (DO) (Ishitani et al., 2001).

Pela complexidade de se fazer o levantamento de dados relacionados às causas de óbito, convencionou-se, avaliar dados sobre um único fator de morte, ou seja, selecionar para cada óbito uma causa, designada como “causa de morte”, “causa primária” ou “causa principal”.

No ano de 1948, foi realizada a Conferência Internacional para aprovar a Sexta Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças, e então ficou convencionado chamar essa causa única como “causa básica de morte”, entendida desde então como: “(a) a doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte ou (b) as circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal”. Com intuito de criar um padrão homogêneo de critérios, capazes de assegurar a distinção entre diferentes áreas, a seleção da causa básica de morte ficou definida de acordo com regras normatizadas internacionalmente em conjunto com cada revisão do CID (Cadastro Internacional de Doenças).

A notoriedade da causa básica de morte em Saúde Pública relaciona-se à prevenção, isso se deve ao fato de que as ações poderão ser mais eficientes e eficazes quando se age no princípio de uma gama de fenômenos que possam acarretar em morte, minimizando um elevado número de mortes antecipadas evitáveis e o sofrimento das pessoas e possibilitando a redução dos custos sociais e econômicos resultantes dessas mortes. Todavia, raramente se poderia afirmar que uma morte tem uma causa única, pois além da doença ou doenças que determinam a morte, com grande frequência estão presentes outras que, associadas ou não entre si, contribuem direta ou indiretamente no processo que leva à morte (Ishitani, 2001).

Devido a exiguidade de estudos relativos à esse tema, acredita-se que o presente estudo poderá trazer importantes contribuições. Assim, este estudo foi realizado com o objetivo avaliar as causas básicas de óbitos no estado do Tocantins, entre os anos de 2010 a 2016.

METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de um estudo retrospectivo, transversal, quantitativo e qualitativo sobre as causas básicas de óbitos no estado do Tocantins. Para isso, recorreu-se ao banco de dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), desenvolvido pelo Departamento de Informação de Saúde (DATASUS) e disponíveis publicamente por meio do site e coletados por meio de acesso virtual.

As variáveis utilizadas para a quantificação do estudo foram: ano do óbito, local de ocorrência, faixa etária, etnia, gênero, causas de óbitos por capítulo do CID-10 e causas mal definidas, beneficiando uma avaliação estatística legítima sobre os registros totais.

Foram incluídos todos os registros de óbitos de residentes do Estado do Tocantins no período de 2010 a 2016 do Sistema de Informação de Mortalidade.

Ademais foi feita uma revisão de literatura que contou com a análise de artigos científicos retirados das plataformas PUBMED, SCIELO, LILACS entre outros. As palavras – chave pesquisadas foram “Óbito”, “Mortalidade” e “Notificação”.

Os dados foram analisados e transcritos em forma de tabela e gráficos com auxílio do programa Microsoft Excel/ Word versão 2013.

RESULTADOS

Segundo dados do SIM colhidos na plataforma do DATASUS, os casos de óbitos notificados no período entre Janeiro de 2010 e Dezembro de 2016 somam um total de 49.052 casos, sendo o ano de 2016 o que obteve o maior número de casos notificados, 7.500 ao todo, como pode ser observado na Tabela 1 abaixo.

Tabela 1. Frequência de Óbitos por Capítulo CID-10 segundo Ano da Notificação.

Capítulo CID-10	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
TOTAL	6.597	6.772	6.743	6.925	7.140	7.375	7.500	49.052
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	275	277	218	277	226	256	224	1.753
II. Neoplasias (tumores)	834	885	964	906	1.010	984	1.019	6.602
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	40	37	37	35	40	42	32	263
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	488	525	466	482	510	589	604	3.664
V. Transtornos mentais e comportamentais	84	103	97	101	109	106	102	702
VI. Doenças do sistema nervoso	120	118	127	130	151	168	142	956
VII. Doenças do olho e anexos	-	-	-	1	-	-	-	1
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	2	-	-	1	-	-	1	4
IX. Doenças do aparelho circulatório	2.093	2.110	2.035	2.118	2.151	2.190	2.282	14.979
X. Doenças do aparelho respiratório	485	508	518	598	596	640	536	3.881
XI. Doenças do aparelho digestivo	362	327	372	340	380	345	381	2.507
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	11	11	14	21	21	10	23	111
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	14	17	15	25	21	20	28	140
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	104	103	98	121	116	113	141	796
XV. Gravidez parto e puerpério	19	26	13	16	16	19	19	128
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	227	203	174	170	169	176	162	1.281
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	77	75	91	79	74	96	92	584
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	174	208	224	230	244	217	165	1.462
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	1.188	1.239	1.280	1.274	1.306	1.404	1.547	9.238

Fonte: MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informações Sobre Mortalidade – SIM

É possível perceber diante da tabela, que o número de notificações de óbitos cresceu ano após ano, o que pode estar relacionado com a melhoria na qualidade de notificações. Além disso, nota-se que a causa morte mais frequente são as doenças do Aparelho Circulatório, com um total de 14.979 casos, representando 30% dos casos registrados no período, seguido Causas Externas de Morbidade e Mortalidade, Neoplasias, Doenças do Aparelho Respiratório e Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas. As causas menos observadas, que apresentaram pouca relevância para este trabalho foram Doenças do Olho e Anexos e Doenças do Ouvido e Apófise Mastóide.

Em relação a distribuição dos números, de acordo com o gênero, a Tabela 2 mostra que 61,72% (30.275) dos óbitos foram entre os homens contra 38,17% (18.724) entre mulheres.

Tabela 2. Frequência de Óbitos por Ano de Notificação Segundo o Gênero.

Ano do Óbito	Masc	Fem	Ign	Total
TOTAL	30.275	18.724	53	49.052
2010	4.155	2.441	1	6.597
2011	4.174	2.593	5	6.772
2012	4.117	2.617	9	6.743
2013	4.269	2.644	12	6.925
2014	4.417	2.709	14	7.140
2015	4.449	2.921	5	7.375
2016	4.694	2.799	7	7.500

Fonte: MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informações Sobre Mortalidade – SIM

Ao avaliar a variável faixa etária, na Tabela 3, é certo que a porcentagem aumenta proporcionalmente à idade, de maneira natural. Destacando-se apenas a faixa etária dos lactentes (menores de um ano de idade) que apresenta um grupo de risco com maior números de óbitos em relação as outras idades infantis devido a causas restritas a essa fase.

Tabela 3. Frequência de Óbitos por Ano de Notificação Segundo Faixa Etária.

Ano do Óbito	Menor 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais	Idade ignorada	Total
TOTAL	2.269	466	285	374	1.130	3.180	3.798	4.273	5.479	7.058	9.054	11.544	142	49.052
2010	386	83	60	49	137	500	494	630	744	907	1.179	1.416	12	6.597
2011	372	75	37	53	163	453	565	591	765	975	1.243	1.459	21	6.772
2012	321	66	42	53	156	430	500	603	732	989	1.287	1.546	18	6.743
2013	310	74	36	68	145	422	526	606	769	995	1.282	1.669	23	6.925
2014	295	56	36	56	170	437	532	606	802	1.093	1.326	1.705	26	7.140
2015	312	55	33	49	168	463	599	604	794	1.035	1.320	1.921	22	7.375
2016	273	57	41	46	191	475	582	633	873	1.064	1.417	1.828	20	7.500

Fonte: MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informações Sobre Mortalidade – SIM

A respeito de notificações segundo a etnia (Tabela 4), os números variam majoritariamente entre a população parda (29.478 casos) e branca (12.129), o que provavelmente é mais devido as características étnicas regionais, não tendo ligação direta com causas de mortalidade.

Tabela 4. Frequência de Óbitos por Causa de Notificação Segundo Etnia.

Capítulo CID-10	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	Ignorado	Total
TOTAL	12.129	5.139	148	29.478	399	1.759	49.052
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	384	179	5	1.096	34	55	1.753
II. Neoplasias (tumores)	1.845	636	19	3.860	26	216	6.602
III. Doenças sangue órgãos hemat e trans funitar	64	25	-	162	4	8	263
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	986	373	16	2.131	31	127	3.664
V. Transtornos mentais e comportamentais	107	112	-	447	9	27	702
VI. Doenças do sistema nervoso	318	73	2	523	9	31	956
VII. Doenças do olho e anexos	-	-	-	1	-	-	1
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	-	1	-	3	-	-	4
IX. Doenças do aparelho circulatório	3.673	1.892	54	8.827	61	472	14.979
X. Doenças do aparelho respiratório	1.096	364	20	2.182	54	165	3.881
XI. Doenças do aparelho digestivo	543	319	7	1.537	14	87	2.507
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	27	17	-	59	2	6	111
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	48	12	1	74	1	4	140
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	183	97	3	470	5	38	796
XV. Gravidez parto e puerpério	21	11	-	89	1	6	128
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	283	24	3	839	44	88	1.281
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	192	18	2	320	16	36	584
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	316	178	6	869	23	70	1.462
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	2.043	808	10	5.989	65	323	9.238

Fonte: MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informações Sobre Mortalidade – SIM

Outro tópico que merece destaque é em relação as notificações de causas mal definidas de óbito, que no decorrer do período apresentaram taxa de 3,47% (1.703) dos casos (Tabela 5), o que possivelmente está relacionado com a precariedade dos dados de preenchimento da Declaração de Óbito. Diante dos dados percebeu-se uma supremacia nas taxas de morte por causa mal definida totalmente inespecífico, foram 1.446 casos de “óbitos por sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte” que em relação aos outros grupos é um achado de extrema importância, pois aponta para uma falha importante no que se refere a identificação e correta notificação das causas de óbitos.

Tabela 5. Frequência de Óbitos por Causas Mal Definidas Segundo Ano de Notificação.

Causa mal definidas	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
TOTAL	189	247	248	265	283	265	206	1.703
Sínt sinais e achad anorm,exc morte súbita infânci	172	206	221	226	243	215	163	1.446
Doenças do aparelho circulatório, mal definidas	2	8	8	14	15	24	10	81
Doenças do aparelho respiratório, mal definidas	13	31	18	24	22	25	31	164
Afecções originad período perinatal, mal definidas	2	2	1	1	3	1	2	12

Fonte: MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informações Sobre Mortalidade – SIM

DISCUSSÃO

Em um estudo publicado do Rio de Janeiro, em 2008, por Frias et al., entre municípios estudados, foi verificado que houve indiscutível melhora na captação dos óbitos, de maneira geral, em relação aos anos anteriores do período avaliado, o que corrobora com o estudo em questão que mostrou crescente o número de óbitos declarados. O autor afirma ainda que uma das explicações possíveis para a variação desses números é a alta rotatividade dos profissionais responsáveis pelo gerenciamento dos sistemas locais (Frias et al., 2008).

Segundo Vasconcelos et al., (2002) as principais causas de morte do seu estudo foram: doenças do aparelho circulatório (39%), neoplasias (20%), doenças do aparelho respiratório (11%) e doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (6,4%). Essa predominância das doenças do aparelho

circulatório, seguida das neoplasias, é também observada no caso do país como um todo. No presente estudo, há a confirmação da maior causa de óbito por doenças do aparelho circulatório, porém a segunda causa mais prevalente no Estado do Tocantins foram as causas externas de morbidade e mortalidade.

As doenças cardiovasculares (DCV) representam a primeira causa de morte no Brasil. Apesar da tendência de redução dos riscos de mortalidade por DCV em todo o mundo, algumas projeções indicam o aumento de sua importância relativa em países em desenvolvimento. O aumento da incidência das DCV por um estilo de vida com maior exposição a fatores de risco, é considerado a principal razão deste incremento. Como fatores de risco estão o tabagismo e sedentarismo, além de dieta desbalanceada, rica em gorduras saturadas, com consequente aumento dos níveis de colesterol e hipertensão.

No país, aproximadamente, 30% dos óbitos por DCV ocorrem em adultos na faixa etária de 35 a 64 anos. Nesta idade, as principais causas de óbito por doenças do aparelho circulatório são as doenças isquêmicas do coração, as doenças cerebrovasculares e as doenças hipertensivas. Observe, que essas causas são em sua maioria evitáveis, diante da probabilidade de diminuição da ocorrência dessas mortes, se houver assistência ou prevenção oportunas.

Em países desenvolvidos, existem evidências de uma relação inversa entre nível socioeconômico e a incidência e/ou prevalência e mortalidade por DCV. Estudos e investigações brasileiras que abordaram diferenciais intra-urbanos verificaram maior taxa de mortalidade por DCV em populações de pior nível socioeconômico. (Ishitani et al., 2006).

No que se refere à segunda maior causa de óbito encontrada nesse trabalho, nomeada “causas externas”, Gonsaga et al., (2012) disse que as causas externas são traumatismos, lesões ou quaisquer outros agravos à saúde – intencionais ou não – de início súbito e como consequência imediata de violência ou outra causa exógena. Incluindo-se as lesões provocadas por acidentes de transporte, homicídios, agressões, quedas, afogamentos, envenenamentos, suicídios, queimaduras, lesões por deslizamento ou enchente, e outras ocorrências provocadas por circunstâncias ambientais (mecânica, química, térmica, energia elétrica e/ou radiação). As causas externas foram responsáveis por 10,7% das mortes evitáveis, segundo estudo de revisão sistemática de publicações sobre mortes evitáveis em vítimas com traumatismos entre 2000 e 2001.

Oliveira et al., (2007) em sua pesquisa afirmou que no ano de 2003, aproximadamente 13% dos óbitos ocorridos no Brasil tiveram como causa básica as ‘Causas externas de mortalidade’. O conhecimento desses óbitos é imprescindível para avaliação de tendências, avaliação do impacto das intervenções voltadas para a minimização da violência e planejamento de ações de saúde e

assistenciais. Essas atividades englobam desde o atendimento nas emergências hospitalares até a reabilitação e reintegração social das vítimas.

No estudo de Laurenti et al. (2004), verificou-se que 25,8% e 9%, respectivamente, eram doenças do aparelho circulatório e neoplasias, o que não diferiu muito da distribuição original; entretanto, algumas causas cresceram acentuadamente, como por exemplo os transtornos mentais e comportamentais.

A análise da distribuição dos óbitos segundo sexo e causas básicas, após estudo realizado por Jorge et al., (2002) evidenciou que, as duas causas mais frequentes de óbito, são doenças do aparelho circulatório e neoplasias, as proporções com que essas causas aparecem nos dois sexos são diferentes (as mortes por doenças do aparelho circulatório representaram 23,7% e 28,5%, respectivamente, dos óbitos masculinos e femininos; quanto às mortes por neoplasias, os valores foram 7,9% e 10,3%, respectivamente). Com relação às demais causas, tanto as proporções quanto a ordenação não são semelhantes para ambos os sexos.

Jorge et al., citou ainda que nos grupos etários de menores de 20 anos (sobretudo entre os menores de um ano) e de 60 anos ou mais, respectivamente 33,3% e 29,9% dos óbitos ainda permaneceram no capítulo das causas mal definidas, mas nas faixas intermediárias os percentuais foram menores. Nos óbitos de 40 e mais anos, a principal causa realocada foi representada pelo grupo das doenças do aparelho circulatório, enquanto na faixa de 20 a 39 anos prevaleceram causas externas.

Ainda em relação as faixas etárias, com o envelhecimento da população brasileira, a proporção de óbitos em idosos no total de óbitos é cada vez mais importante. A proporção de óbitos de indivíduos com 60 anos ou mais, para o país como um todo, passou de 37% em 1979 a 55% em 1999. Se o aumento da esperança de vida da população brasileira, observada na segunda metade do século passado, deveu-se, sobretudo, à queda da mortalidade infantil, novos crescimentos da expectativa de vida provavelmente estarão relacionados a quedas das taxas de mortalidade em outras faixas etárias, entre as quais, as de idades mais avançadas (Vasconcelos et al., 2002).

O Ministério da Saúde implantou, a partir de 1976, um modelo único de Declaração de Óbito (DO) para ser utilizado em todo o território brasileiro, como documento base do Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM (Anexo 1). Os dois objetivos principais da DO são de ser o documento padrão para a coleta das informações sobre mortalidade, que servem de base para o cálculo das estatísticas vitais e epidemiológicas do Brasil; e o de caráter jurídico, é o de ser o documento hábil, conforme preceitua a Lei dos Registros Públicos – Lei 6.015/73, para lavratura, pelos Cartórios de Registro Civil, da Certidão de Óbito, indispensável para as formalidades legais do sepultamento. Para a execução desses objetivos, é imprescindível o empenho e o compromisso do

médico com relação à veracidade, à completude e à fidedignidade das informações registradas na DO, uma vez que ele é o profissional responsável pelas informações contidas no documento (Brasil, 2009).

O óbito de causa mal definida (CMD) ou de causa ignorada é aquele em que as causas de morte não foram definidas na declaração de óbito (DO). O indicador mais utilizado para avaliar a qualidade da informação sobre causa de morte é a proporção de óbitos de causa mal definida ou causa ignorada, em relação a todos os óbitos ocorridos. Se elevada a proporção de óbitos de causa mal definida pode indicar que os dados têm qualidade duvidosa, além de subestimar outras causas de morte. Entretanto, um valor reduzido para este indicador não significa que há uma boa qualidade de informação (Vasconcelos et al., 1996).

França et al., (2014) afirmou que a porcentagem de óbitos por CMD no País é inquietante, pois indica dificuldades de acesso e qualidade da assistência médica oferecida para a população, além de comprometerem a veracidade das estatísticas de mortalidade por causas porém, há grande variabilidade entre os Estados, sendo, entretanto, essa proporção, bastante baixa nas capitais.

As regiões Norte e Nordeste ainda apresentavam percentual de óbitos por CMD acima da meta estabelecida pelo Ministério da Saúde – que deve ser inferior a 10% do total de óbitos notificados (Cunha et al., 2017). Diante da pesquisa, esse estudo mostrou que no estado do Tocantins a meta de menos de 10% de óbitos por CMD foi atingida nos anos avaliados, totalizando 3,47% (1.703) do total de óbitos.

Lima e Queiroz (2010) revelaram que em seu estudo os resultados regem a duas possíveis associações entre as mortes mal definidas e o registro de óbitos. Uma delas se refere a provável associação inversa entre a cobertura de mortes e os níveis de mortes por causas mal declaradas. Em suma, o que antes não era obtido pelas estatísticas vitais passa a ser um óbito registrado. Todavia, o avanço na cobertura dos registros civis não significaria melhora na qualidade de registros de causas de morte. Um número maior de óbitos devido à má qualidade na coleta da informação seria, então, classificado como mortes por CMD. Paes e Gouveia (2010), pediram cautela nessa interpretação, pois em sua pesquisa, não encontraram, em algumas partes do Brasil, uma associação clara entre esses dois componentes.

Outra hipótese quanto as implicações nas análises das mortes mal declaradas, é a transformação no perfil etário da população. Com o envelhecimento da população, Vasconcelos (2002) argumenta que o número de óbitos por CMD também tende a aumentar. A autora mostra que a dificuldade em estabelecer o correto diagnóstico do óbito deve-se à complexidade do processo mórbido, à falta de assistência médica, à elevada proporção de óbitos domiciliares e, também, à indiferença no conhecimento das causas, dada a inevitabilidade da morte nas faixas de idades mais

avanzadas (Anexo 3). No Brasil, nota-se que, nos últimos anos, tem ocorrido aumento acelerado da população idosa e, especialmente, uma mudança no perfil etário da mortalidade.

Embora a porcentagem de CMD na região da amostra seja menor que 10%, é um fator preocupante por tratar-se de uma ferramenta de identificação da qualidade da assistência médica oferecida e acesso aos serviços de saúde. É essencial conhecer o padrão de ocorrência dos óbitos por CMD, pois este aponta para a necessidade de reestruturação dos serviços de assistência à saúde prestada (Cunha et al., 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da execução dessa pesquisa, percebeu-se, portanto, a necessidade da qualificação do médico durante sua formação profissional para o adequado preenchimento da DO e o registro da história completa do paciente no prontuário hospitalar. Com isso tanto o médico plantonista terá a seu dispor todas as informações para o completo e correto preenchimento da DO, quanto as equipes do SIM poderão resgatar os dados, quando necessário.

Ademais, reforça-se a importância da capacitação continuada dos profissionais que atuam no SIM, tanto para a identificação de problemas no preenchimento da DO quanto para a pesquisa em prontuário e seleção da causa básica de óbito. Uma revisão pouco cuidadosa do prontuário, em especial de pacientes com longa evolução da doença, poderá determinar aceitação ou modificação de uma causa básica de óbito de forma equivocada.

Acredita-se que uma estratégia que poderá ser utilizada como controle de qualidade para o trabalho das equipes do SIM é a avaliação de uma amostra anual de DO por um membro externo capacitado. A análise detalhada dos problemas detectados poderá indicar falhas nas etapas do processo, permitindo a solução das mesmas (Brasil, 2011).

Todos os esforços devem ser feitos para melhorar a qualidade dos registros vitais, incluindo as causas de morte. Maiores avanços na qualidade do registro civil permitirão a produção de melhores estimativas de mortalidade e o aperfeiçoamento dos estudos sobre tendências e diferenciais de mortalidade no Brasil e suas regiões. Todavia, ainda é importante a utilização de métodos demográficos e fontes de dados alternativas para entender a dinâmica da mortalidade no Brasil. O principal é que esses métodos sejam aplicados e analisados com cuidado, já que contribuem para ampliar o conhecimento sobre a dinâmica demográfica.

Por fim, a escassez de estudos que avaliem as causas básicas de óbitos e a qualidade dessas informações do SIM revela a necessidade do desenvolvimento de outros estudos abordando essa temática, sendo essa uma importante contribuição do presente estudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. A declaração de óbito: documento necessário e importante / Ministério da Saúde, Conselho Federal de Medicina, Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. – 3. ed. – **Brasília: Ministério da Saúde**, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Manual de instruções para o preenchimento da declaração de óbito. **Brasília: Ministério da Saúde**; 2011.

CUNHA, Carolina Cândida da; TEIXEIRA, Renato; FRANCA, Elisabeth. Avaliação da investigação de óbitos por causas mal definidas no Brasil em 2010. **Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília**, v. 26, n. 1, p. 19-30, Mar. 2017.

CUNHA, Carolina Cândida da et al. Avaliação da investigação de óbitos por causas mal definidas no estado da Bahia, Brasil, em 2010. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. v. 24, n. 5, Maio, 2019.

FRANÇA, E., Teixeira, R., Ishitani, L., Duncan, B., Cortez-Escalante, J., Morais Neto, O., & Szwarcwald, C. Ill-defined causes of death in Brazil: a redistribution method based on the investigation of such causes. **Revista De Saúde Pública**, 48(4), 671-681. 2014.

FRIAS, Paulo Germano de et al. Sistema de Informações sobre Mortalidade: estudo de caso em municípios com precariedade dos dados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 10, p. 2257-2266, Oct. 2008.

GONSAGA, Ricardo Alessandro Teixeira et al. Avaliação da mortalidade por causas externas. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro , v. 39, n. 4, p. 263-267, Aug. 2012.

ISHITANI, Lenice Harumi; FRANCA, Elisabeth. Uso das causas múltiplas de morte em saúde pública. Inf. **Epidemiol. Sus, Brasília**, v. 10, n. 4, p. 163-175, dez. 2001.

ISHITANI, Lenice Harumi et al. Desigualdade social e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 40, n. 4, p. 684-691, Aug. 2006.

JORGE, Maria Helena Prado de Mello; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson; LAURENTI, Ruy. O sistema de informações sobre mortalidade: problemas e propostas para o seu enfrentamento I - Mortes por causas naturais. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 5, n. 2, p. 197-211, Aug. 2002 .

LAURENTI R, MELLO-JORGE MHP, GOTLIEB SLD. A confiabilidade dos dados de mortalidade e morbidade por doenças crônicas não-transmissíveis. **Ciênc Saúde Coletiva**; 9(4): 909-20; 2004.

LIMA, Everton & QUEIROZ, Bernardo. The development of under-registration of deaths and causes of ill-defined deaths in Minas Gerais: Regional differences. **Revista Brasileira de Estudos de População**. 28. 303-320. 2010.

OLIVEIRA, Maria Liz Cunha de; SOUZA, Luiz Augusto Copati. Causas externas: investigação sobre a causa básica de óbito no Distrito Federal, Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília**, v. 16, n. 4, p. 245-250, dez. 2007.

PAES, N. A.; GOUVEIA, J. F. Recuperação das principais causas de morte do Nordeste do Brasil: impacto na expectativa de vida. **Rev. Saúde Pública [online]**, v. 44, n. 2, p. 301-309, 2010.

VASCONCELOS, Ana Maria Nogales. Causas múltiplas de morte: uma análise de padrões de mortalidade entre idosos. **Anais do XIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais**. Ouro Preto: ABEP, 2002.

VASCONCELOS AMN. Estatísticas de mortalidade por causas: uma avaliação da qualidade da informação. In: **Anais do X Encontro de Estudos Populacionais**. v. 1. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Estudos Populacionais; 1996. p. 151-66.

Capítulo 3

ANÁLISE DE DADOS DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES DO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO: A ADESÃO DA POPULAÇÃO INFANTIL À VACINAÇÃO NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE PORTO NACIONAL – TOCANTINS

DATA ANALYSIS OF THE NATIONAL IMMUNIZATION PROGRAM INFORMATION SYSTEM: ADHESION OF CHILD POPULATION TO PORTO NACIONAL - TOCANTINS HEALTH UNITS

Hugo Coelho Costa Arruda¹

Julia Schneider²

Tathiana Nascimento Marques³

RESUMO

O número de campanhas de vacinação tem crescido no Brasil, principalmente com a criação do Programa Nacional de Imunização (PNI). Entretanto, a cobertura vacinal feita pelo programa ainda não consegue alcançar toda a extensão populacional. Este estudo visa analisar os indicadores de cobertura vacinal em Porto Nacional/TO. Trata-se de um estudo descritivo e quantitativo. A abordagem que foi implementada consistiu em coletar, sistematizar e interpretar dados já registrados no Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI). O estudo revelou que por mais que tenha havido um aumento no número de doses aplicadas no período de 2015 a 2018, a única vacina que ultrapassou a meta estabelecida pelo Ministério da Saúde foi a BCG, aplicada ao nascer. Houve um crescimento gradual e significativo da cobertura vacinal após as campanhas governamentais. No entanto, a maior parte das vacinas preconizadas não tiveram suas metas de aplicação alcançadas. A quantidade de doses aplicadas não atinge o objetivo estipulado pelo SIPNI em Porto Nacional- TO, em virtude da falta de informação da população, o que corrobora para o aparecimento de doenças que já foram erradicadas.

Palavras-chave: Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações; Imunização; Cobertura Vacinal; População Infantil; Atenção Primária a Saúde

ABSTRACT

Introduction: The number of vaccination campaigns has grown in Brazil, mainly with the creation of the National Immunization Program (PNI). However, the vaccination coverage made by the program still cannot reach the entire population extension. This study aims to analyze the indicators of vaccination coverage in Porto Nacional / TO. This is a descriptive and quantitative study. The approach that was implemented consisted in collecting, systematizing and interpreting data already

¹ Faculdade Presidente Antônio Carlos, acadêmico de medicina, Porto Nacional - TO

² Faculdade Presidente Antônio Carlos, acadêmica de medicina, Porto Nacional - TO

³ Faculdade Presidente Antônio Carlos, Professora e Orientadora, Porto Nacional – TO

recorded in the National Immunization Program Information System (SIPNI). The study revealed that however much there was an increase in the number of doses administered from 2015 to 2018, the only vaccine that exceeded the target set by the Ministry of Health was BCG, applied at birth. There has been a gradual and significant increase in immunization coverage following government campaigns. However, most of the recommended vaccines did not have their application goals achieved. The amount of doses applied does not reach the goal set by the SIPNI in Porto Nacional-TO, due to the lack of information from the population, which corroborates the appearance of diseases that have already been eradicated.

Keywords: National Immunization Program Information System; Immunization; Vaccination Coverage; Child Population. Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

A história da vacinação enquanto política de saúde pública no Brasil, tem início no século XX e perpassa o acontecimento histórico conhecido como “Revolta da Vacina”, que colocava em prática a vacinação obrigatória. Contudo, a falta de informação por parte da população foi um dos fatores desencadeantes para uma revolta (SILVA, 2017). Nesse contexto, cabe ressaltar que ainda hoje o desconhecimento sobre o tema vacinação é um dos fatores mais importantes para a não adesão da população. Apesar de o Brasil ser reconhecido por disponibilizar vacinas gratuitamente à população, ainda existe certo *déficit* no que diz respeito à cobertura imunológica em alguns estados brasileiros (SILVA, 2013).

Dessa forma, existem muitos fatores que contribuem diretamente à não adesão da população às campanhas, e um deles ainda é a mistificação. Existem posições e ações individuais contra vacinas (ou sua obrigatoriedade) fundamentadas por argumentos de natureza religiosa, ética, política ou científica, e mesmo eventuais desconfiças em relação aos riscos de uma determinada vacina, seus custos e benefícios ou do aodamento de uma campanha (HOCHMAN, 2011).

No Brasil, atualmente, existem pelo menos sete grupos brasileiros que se posicionam contrariamente as vacinas, com um total de mais de 13 mil membros. Dentre os motivos alegados, posicionam-se contrários à necessidade da vacina tradicional, pois alguns vírus como o do sarampo e da rubéola, não estão mais em circulação desde 2015 e por isso alguns se perguntam o porquê de serem vacinados contra doenças que não atingem mais a população (BEZERRA, 2018).

Contudo, as informações disseminadas por movimentos dessa natureza não apresentam alicerce na realidade, visto que alguns vírus tidos como erradicados estão voltando a circular justamente por falta de adesão da população as campanhas de vacinação. Segundo Augusto (2018), com a vacinação abaixo da meta estipulada pelas autoridades, especialistas alertam para o perigo do

retorno de enfermidades consideradas controladas. O sarampo, por exemplo, voltou a infectar dois anos depois de ser contido no país.

Por efeito dessas circunstâncias, as vacinas são recursos indispensáveis para a saúde individual e pública, dado que através da imunização é possível prevenir infecções e impedir que várias doenças se espalhem por um território. (BEZERRA, 2018). A identificação da quantidade de pessoas vacinadas é fundamental para uma adequada monitorização dos programas de vacinação, assim como estudos que demonstrem os fatores agravantes que contribuem para a não imunização, objetivando identificar e atingir a parcela da população que não foi adequadamente vacinada. (CARVALHO, 2018).

Com isso, esse trabalho tem como objetivo analisar os dados sobre a população infantil assistida pelo Programa Nacional de Imunização (PNI) e observar se existe adesão às vacinas que estão pactuadas pelo Ministério da Saúde (MS), sejam elas vacinas de campanha ou não.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e quantitativo. A abordagem que foi implementada neste projeto consistiu em analisar e interpretar registros já coletados, sem a interferência do pesquisador. Além disso, este estudo tem foco quantitativo, uma vez que se utilizou de indicadores numéricos e/ou percentuais e de figura e/ou tabelas para a melhor discussão sobre o assunto descrito.

A população foi composta por crianças na faixa etária de 0 a 2 anos, contabilizados pelo Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SPNI) em todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS's) do município de Porto Nacional, estado do Tocantins. Os dados foram fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Nacional, por meio de registros do SIPNI.

Serão excluídas da pesquisa as crianças contabilizadas que não estão adscritas (cadastradas) em nenhuma UBS de Porto Nacional, mesmo que tenham sido vacinadas no município. Os resultados foram analisados por meio da construção de tabela e figura elaborados por meio do *Excell*.

RESULTADOS

Em todo o período analisado foram separadamente calculadas as metas das vacinas, de acordo com a população de crianças de 0 a 2 anos contabilizadas no SIPNI de Porto Nacional nos determinados anos selecionados. E assim, comparadas ao número de doses aplicadas de cada vacina nesse mesmo período (Tabela 1).

Tabela 1: Número de doses aplicada entre 2015 e 2018.

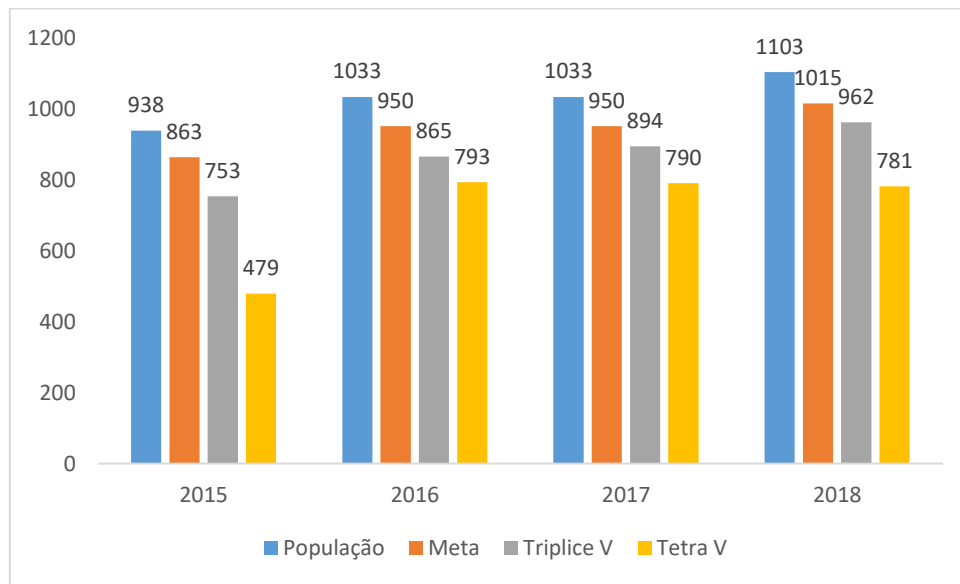
	METAS	2015	2016	2017	2018
POPULAÇÃO		938	1033	1033	1103
BCG	90%	1356	1084	1106	1038
Hepatite B	95%	823	884	878	997
Penta Valente	95%	823	884	878	997
Rotavírus	90%	848	896	921	1018
Febre Amarela	100%	659	768	436	813
Meningocócica	95%	829	906	938	910
Poliomielite	95%	791	827	859	1069
Pneumocócica	95%	762	947	994	1009
Hepatite A	95%	783	705	853	909
Tetra Viral	95%	479	793	790	781
Tríplice Viral	95%	753	865	894	962

Fonte: Elaborado pelos autores.

As metas são calculadas a partir de porcentagens pré-estabelecidas pelo MS que compreendem quatro diferentes níveis de coberturas de acordo com a população alvo: 90% para as vacinas bacilo de Calmette e Guérin (BCG) e rotavírus humano (VORH); 95% para as vacinas adsorvida difteria, tétano, coqueluche, *Haemophilus influenzae* B e hepatite B - DTP/Hib/HB (Penta); Poliomielite inativada - VIP/poliomielite atenuada oral - VOP (Poliomielite); Pneumococo 10-valente (Pneumo 10); Pneumocócica 23-valente (Pneumo 23); Meningocócica conjugada C (Meningo C); Sarampo, rubéola e caxumba (Tríplice viral); Sarampo, caxumba, rubéola e varicela atenuada (Tetra viral); Hepatite A; Hepatite B (HB); 100% para as vacinas Febre amarela (FA) em áreas com recomendação de vacinação (ACRV).

A tabela revelou a única vacina que ultrapassou a meta estabelecida pelo MS, a BCG. As demais vacinas tiveram um gradual crescimento desde o ano de 2015 a 2018, no entanto não atingiram as metas.

Figura 1: Cobertura vacinal Tríplice Viral e Tetra Viral no município de Porto Nacional.



Fonte: Elaborado pelos autores

A adesão da vacina tríplice viral, responsável pela imunização contra o sarampo, aumentou no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2018, conforme foi observado. Em contrapartida, houve uma discreta queda no número de doses aplicadas da vacina tetra viral, encarregada pela imunização contra caxumba, rubéola e varicela, e responsável também, pela cobertura vacinal contra a segunda dose do sarampo. A população total vacinada nesse período por essas duas vacinas foi de 4.197 crianças. A meta de vacinados deveria ser de 95% do total da população em cada ano.

Em 2015 foram vacinadas 753 crianças, o que representa apenas 80% da população prevista. Nos outros anos verificou-se que, da mesma forma, não houve uma cobertura vacinal adequada que alcançasse os 95% esperados. Tendo como exemplo os anos de 2016 com apenas 83,73%; 2017 com 86,54% e 2018 com 87,21% da cobertura vacinal.

A quantidade de doses aplicadas de tetra viral, contudo, teve um declínio do ano de 2017 a 2018. Sendo que nesse primeiro ano foram vacinadas 76,47% da população e em 2018 apenas 70,8%. Dessa forma, houve uma queda de aproximadamente 6% no que diz respeito a quantidade de crianças vacinadas. Tomando como exemplo 6% da população correspondente a esse último ano, chegamos ao valor de 66 crianças não vacinadas.

DISCUSSÃO

Os dados de cobertura vacinal representam um importante instrumento para a tomada de decisão nas diferentes esferas de gestão, uma vez que somente com coberturas adequadas é possível alcançar o controle ou, manter em condição de erradicação doenças imunopreveníveis sob vigilância.

Atualmente, é indiscutível o valor que as vacinas têm na promoção e prevenção à saúde, principalmente durante a infância. Como consequência, as autoridades de saúde estabeleceram calendários específicos de vacinas de acordo com a faixa etária infantil (ANUNCIAÇÃO, 2018). No Brasil, o MS desenvolveu o PNI, o qual promove, periodicamente, campanhas com o intuito de controlar e erradicar doenças a partir da vacinação maciça de crianças (GUIMARÃES, 2017).

De acordo com SATO (2018), contudo, a cobertura vacinal no país está em queda. Quando analisados números do PNI verifica-se que o governo tem tido cada vez mais adversidades em atingir a meta de vacinar a maior parte da população. Inúmeros fatores impossibilitam com que essa ação aconteça em plenitude: choque de horário entre o funcionamento das UBS e o trabalho dos responsáveis pelas crianças, falta de informação familiar, busca ativa ineficaz pelos profissionais de saúde, preocupação com os efeitos adversos da vacina ou até mesmo aderência às campanhas sociais contrárias a vacinação.

Através deste estudo observou-se que no município de Porto Nacional a realidade é semelhante à descrita por SATO (2018). Houve um crescimento gradual e significativo após as campanhas governamentais surtirem efeito, no entanto a maior parte das vacinas preconizadas não tiveram suas metas de aplicação alcançadas. Com exceção da BCG, que tem suas particularidades, e entre elas está a aplicação ainda na maternidade.

O cumprimento das datas de aplicação das demais vacinas são de responsabilidade dos pais e dos profissionais de saúde, pois são aplicadas nas UBS da região nos meses seguintes ao nascimento. Ao analisá-las pode-se perceber um aumento discreto ao passar dos anos, graças ao incentivo governamental, mas sem nunca ter atingido os índices esperados.

Por esse motivo tem se investido no PNI e em seus gestores locais para mudar este quadro. No site do SIPNI é possível visualizar vários comunicados contra falsas informações propagadas entre o senso comum. Além disso, os profissionais de saúde precisam estar capacitados e atualizados para atender essa demanda e auxiliar no fomento à vacinação da população (ARAÚJO, 2019).

Quando a incidência de alguma doença fica rara, ou seja, desaparece da sociedade, os olhares são voltados para os riscos insignificantes dos eventos adversos decorrentes da administração do imunobiológico. A memória humana é seletiva e temporária, então qualquer evento que fique

suficientemente longe da sua memória, o fará esquecer o sofrimento sentido por ele (PACHECO, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise realizada, certificou-se que a região Amor Perfeito, a qual engloba o município de Porto Nacional, não atinge as metas de vacinação, com exceção da BCG, estabelecidas pelo SIPNI. Verificou-se ainda, que houve um acréscimo no número de vacinados com o passar dos anos e no número de crianças cadastradas nesse setor. Quando analisada essa ampliação, verifica-se que apenas a BCG atinge a meta de vacinados, que seria de 90%. Isso mostra a dificuldade do Município em atingir a cobertura vacinal.

Existe uma riqueza de medidas quanto a divulgação global para controle desse número de vacinados pelo Ministério da Saúde, como por exemplo campanhas de vacinação. Há falhas, porém, na implementação destas ações, seja por limitações dos recursos humanos disponíveis tais como: envolvimento de todos os interessados, capacitações efetivas, esclarecimento da comunidade, bem como medidas que dependem de recursos financeiros escassos limitando a busca ativa de contatos intradomiciliares.

Perdura ao longo dos anos de estudo que a quantidade de doses aplicadas não atinge o objetivo estipulado pelo SIPNI e que algumas como a Tetra Viral tem sofrido uma queda nos últimos anos, o que corrobora para o aparecimento de doenças que já estavam em processo de erradicação, como o sarampo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, Tânia Maria de; SOUZA, Fernanda de Oliveira; PINHO, Paloma de Sousa. **Vacinação e fatores associados entre trabalhadores da saúde**. Cadernos de Saúde Pública, v. 35, p. e00169618, 2019.

AUGUSTO, Otávio. **Doenças erradicadas voltam a assustar**. Correio braziliense, n. 20156, 29/07/2018. Brasil, p.8 Available from. Disponível em: <<http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/546308/noticia.html?sequence=1>>. Acessado em: out. de 2019.

ANUNCIAÇÃO, Elene dos Santos; MARIANO, Monaliza Ribeiro. **Principais causas da recusa da vacina pelos usuários do serviço de saúde.** 2018.

BEZERRA, Ana Caroline Mafra. **Utilização de círculos de cultura sobre vacinas para promoção da educação em saúde dos adolescentes.** 2018.

CARVALHO, Fabio Luiz Oliveira et al. **IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES (SI-PNI).** *Revista de Saúde ReAGES*, v. 1, n. 2, p. 53-65, 2018.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica.** Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

GUIMARÃES, K. **Vacinação em queda no Brasil preocupa autoridades por risco de surtos e epidemias de doenças fatais.** BBC Brasil, 2017.

HOCHMAN, Gilberto. **Vacinação, varíola e uma cultura da imunização no Brasil.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011, 16: 375-386.

PACHECO, Flávia Caselli et al. **Análise do Sistema de Informação da Vigilância de Eventos Adversos Pós-Vacinação no Brasil, 2014 a 2016.** *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 42, p. e12, 2018.

SATO, Ana Paula Sayuri. **Qual a importância da hesitação vacinal na queda das coberturas vacinais no Brasil?.** *Rev. Saúde Pública*, v. 52, p. -, 2018.

SILVA JUNIOR, Jarbas Barbosa da. **40 anos do Programa Nacional de Imunizações: uma conquista da Saúde Pública brasileira.** *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 22, n. 1, p. 7-8, 2013.

SILVA, Larissa Kelly et al. **COMPROMETIMENTO DA POPULAÇÃO DE NIQUELÂNDIA-GO EM RELAÇÃO À VACINAÇÃO.** In: *Anais do Congresso Interdisciplinar da Faculdade Evangélica de Goianésia.* 2017.

Capítulo 4

ANÁLISE DOS DIAGNÓSTICOS DE PACIENTES COM DEMÊNCIA VASCULAR NO AMBULATÓRIO DA FAPAC/ITPAC DE PORTO NACIONAL-TO NO PERÍODO DE 2019

ANALYSIS OF DIAGNOSTICS OF PATIENTS WITH VASCULAR DEMENTIA IN THE FAPAC / ITPAC AMBULATORY OF PORTO NACIONAL-TO IN THE PERIOD OF 2019

Karina Rocha Almargo¹

Sabriny Nolêto Kasburg²

João Fellipe Bento Borges³

RESUMO

Demência é descrita como uma síndrome que culmina com o déficit progressivo da função cognitiva e que aumenta sua frequência gradualmente, necessitando, portanto, de um bom e prévio diagnóstico. Acompanhar as consultas neurológicas realizadas no consultório de neurologia do ambulatório do ITPAC em Porto Nacional-TO para dessa maneira investigar o diagnóstico e subdiagnóstico de demência vascular. Para a realização da pesquisa, foi aplicado o escore de Hachinski, autorizado pelo paciente. O escore isquêmico de Hachinski pontua alguns achados apresentados pelo paciente como exemplo, confusão noturna, depressão e labilidade emocional. Segundo a pontuação obtida cada valor é sugestivo de um respectivo diagnóstico de demência. A pesquisa foi aplicada em 20 pacientes que procuraram atendimento no ambulatório médico da faculdade e que apresentavam queixa de declínio cognitivo. Realizou-se o exame clínico, exame neurológico e a aplicação do escore isquêmico de Hachinski, o diagnóstico sugestivo de DA foi estabelecido em 1 paciente (5%), sugestivo de DV em 16 pacientes (80%) e sugestivo de DM em 3 pacientes (15%). Por meio dessa pesquisa, evidenciou-se a partir de uma amostra de 20 pacientes que 5% desses foram sugestivos de diagnóstico de doença de Alzheimer, 80% de demência vascular e 15% de demência mista. A partir desse resultado é possível inferir a presença de subdiagnósticos de demência vascular na amostra e a importância da escala de Hachinski na diferenciação das demências, visto que, o diagnóstico correto dessa doença oferece uma melhoria da saúde para a população senil.

Palavras-chave: Alzheimer; Demência vascular; Subdiagnóstico; Hachinski.

ABSTRACT

Dementia is described as a syndrome that culminates in the progressive deficit of cognitive function and gradually increases its frequency, thus requiring a good and previous diagnosis. Objective: To monitor the neurological consultations performed at the neurology office of the ITPAC outpatient clinic in Porto Nacional-TO, in order to investigate the diagnosis and underdiagnosis of vascular

¹ Faculdade Presidente Antônio Carlos, acadêmica de medicina, Porto Nacional - TO

² Faculdade Presidente Antônio Carlos, acadêmica de medicina, Porto Nacional - TO

³ Faculdade Presidente Antônio Carlos, Professor e Orientador, Porto Nacional – TO

dementia. To perform the research, the patient's authorized Hachinski score was applied. Hachinski's ischemic score points to some findings presented by the patient as an example, nocturnal confusion, depression and emotional lability. According to the score obtained each value is suggestive of a respective diagnosis of dementia. The research was applied to 20 patients who sought care at the college's medical outpatient clinic and who complained of cognitive decline. Clinical examination, neurological examination and application of the Hachinski ischemic score were performed. The suggestive diagnosis of AD was established in 1 patient (5%), suggestive of DV in 16 patients (80%) and suggestive of DM in 3 patients. (15%). Through this research, it was evidenced from a sample of 20 patients that 5% of these were suggestive of diagnosis of Alzheimer's disease, 80% of vascular dementia and 15% of mixed dementia. From this result it is possible to infer the presence of underdiagnosis of vascular dementia in the sample and the importance of the Hachinski scale in the differentiation of dementias, since the correct diagnosis of this disease offers an improvement in health for the senile population.

Keywords: Alzheimer's; Vascular dementia; Underdiagnosis; Hachinski.

INTRODUÇÃO

No século XX, houve um significativo aumento da expectativa de vida da população mundial fato que, conseqüentemente, acarretou a elevação do número de casos de doenças crônico-degenerativas. Assim, pacientes com suspeita diagnóstica de demência cada vez mais passaram a ser atendidos com uma alta frequência nos consultórios de profissionais médicos que lidam com pacientes idosos (NITRINI, BACHESCHI, 2003; NITRINI *et al*, 2004).

Segundo Neto *et al* (2005), demência é caracterizada como uma síndrome composta pela presença de déficit progressivo na função cognitiva, tendo maior ênfase na perda de memória e interferência nas atividades sociais e ocupacionais que independem de alterações do nível de consciência. A demência vascular (DV) e doença Alzheimer (DA) são as principais causas de demência relacionadas ao aumento da longevidade. Desse modo, identificar as alterações cognitivas previamente possibilita a intervenção e evita casos de maior gravidade (NETO *et al*, 2005).

O Alzheimer é uma doença de etiologia ainda desconhecida que possui como quadro clínico principal distúrbios de memória e desorientação. O seu curso de evolução decorre de diferentes estágios caracterizados por três fases: inicial, intermediário e terminal. De acordo com Burlá (2013), a evolução dessas fases apresenta um nível cada vez maior de comprometimento das funções neurovegetativas com agitação ou delirium, distúrbios de raciocínio lógico e de planejamento, alterações de linguagem, disfunção visuo-espacial e desinteresse por atividades habituais.

Já a demência vascular, clinicamente, depende de fatores causais e da localização do infarto cerebral, sendo responsável pela segunda maior causa de demência. Pode ser definida pelo declínio

de memória e pelo déficit de uma função cognitiva que possa interferir no desempenho do indivíduo. Seu diagnóstico exige, portanto, a ocorrência de comprometimento da memória, embora essa função possa estar relativamente preservada nas fases iniciais da doença (NITRINI, BACHESCHI, 2003; NITRINI *et al*, 2004).

Existem alguns critérios que auxiliam na diferenciação clínica das demências, por exemplo, o Escore de Hachinski. A aplicação desse escore auxilia na investigação médica de casos de subdiagnóstico de demência vascular. Após aplicado, a pontuação obtida irá sugerir doença de Alzheimer (escore menor ou igual a 4), demência mista (escore entre 5 e 6) e demência vascular (escore maior ou igual a 7). A escala possui itens específicos que melhor discriminam esses subtipos específicos de demência com uma sensibilidade e especificidade de 70 a 80%.

No Brasil, existe o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença de Alzheimer do Ministério da saúde, o qual inclui na avaliação clínica apenas a escala de Avaliação Clínica da Demência (CDR) e para rastreio cognitivo os testes cognitivos como o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM). A Escala de Hachinski não faz parte do protocolo, assim, abre possibilidades para casos de subdiagnóstico de demência vascular e/ou demência mista. Com isso, deixa-se de aplicar uma escala reconhecida mundialmente o que, por vezes, contribui para o estabelecimento de diagnósticos errôneos (BRASIL, 2017).

O objetivo deste estudo foi investigar se existe o subdiagnóstico de doenças demenciais, com foco na demência vascular, numa amostra de pacientes atendidos no ambulatório de neurologia da FAPAC/ITPAC de Porto Nacional-TO, identificar como se manifesta a demência vascular e as consequências decorridas do subdiagnóstico médico por meio da avaliação neurológica (anamnese, exame físico e aplicação do escore de Hachinski) e analisar como se apresenta a associação da demência vascular com outras demências e/ou doenças psiquiátricas na prática clínica também foram propostas do estudo.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de cunho descritivo com abordagem quantitativa e qualitativa, que levantou dados por meio da aplicação do escore de Hachinski, associado a consultas neurológicas. Se necessário, em casos de dúvida diagnóstica, também foram aplicados o MEEM e a escala de avaliação de Nitrini. Nesta pesquisa também foram consideradas as variáveis: idade, sexo, escolaridade, comorbidades associadas, renda familiar e coabitantes.

Este estudo foi realizado com pacientes já diagnosticados como portadores de demência e/ou pacientes que ainda não foram diagnosticados, mas que apresentaram pelo menos um exame de

imagem no momento da consulta no ambulatório da FAPAC/ITPAC de Porto Nacional; no período de 2019, com uma amostragem de 20 pessoas.

Foram incluídos nesta investigação pacientes com demência que procuraram atendimento no município de Porto Nacional – TO, os quais concordaram em participar da pesquisa ou com a autorização do responsável legal e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e pacientes com queixas de perda de memória e/ou de déficit cognitivo na primeira consulta.

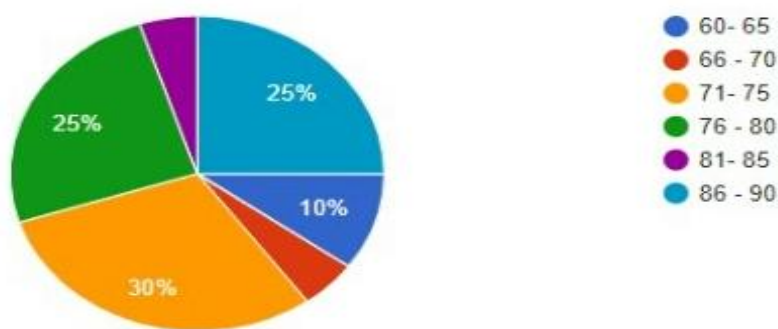
Para finalização deste trabalho e para atender os objetivos específicos propostos, foram utilizados os dados primários com a aplicação dos escores já reconhecidos mundialmente. Tendo por base uma amostra de 20 idosos. Assim, após coletados os dados dos escores repassados aos pacientes nas consultas no ambulatório da FAPAC/ITPAC Porto Nacional-TO, os resultados foram analisados, codificados e apresentados sobre a forma de gráficos e tabelas, feitas com o auxílio da plataforma *Googleforms*[®].

RESULTADOS

Na apresentação dos resultados a aplicação da escala de Hachinski foi realizada com 20 pacientes atendidos no ambulatório da FAPAC/ITPAC-Porto Nacional-TO de acordo com a livre demanda da comunidade. Dos 20 idosos que foram entrevistados obteve-se uma amostra de 50% do sexo feminino e 50% do sexo masculino.

Em se tratando de idade da amostra, o paciente mais jovem tinha 60 anos e o mais idoso 90 anos, obtendo uma média de idade de 77 anos, sendo comprovado pelo gráfico 2, em que temos uma porcentagem 10% na faixa etária entre 60 a 65 anos, 5% de 66 a 70 anos, 30% de 71 a 75 anos, 25% de 76 a 80 anos, 5% de 81 a 85 anos e 25% de 86 a 90 anos.

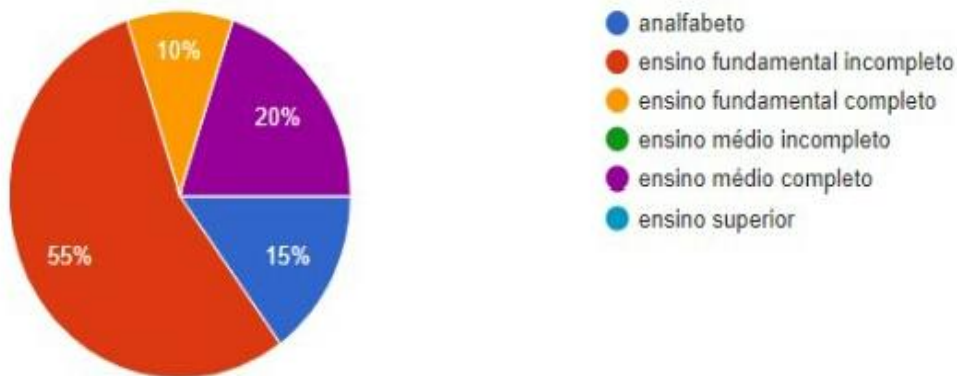
Gráfico 1 – Entrevistados por idade



Fonte: elaborado pelos autores.

Outra variável analisada nos idosos foi a escolaridade, onde se obteve 15% de analfabetos, 55% com ensino fundamental incompleto, 10% com ensino fundamental completo, 20% com ensino médio completo, nenhum com ensino médio incompleto e nenhum paciente com ensino superior completo representado pelo gráfico 3.

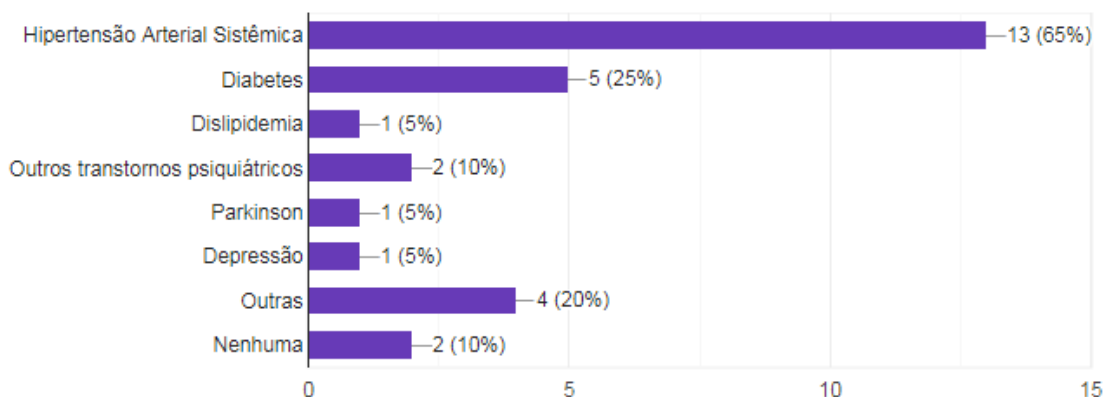
Gráfico 2 – Entrevistados por escolaridade



Fonte: elaborado pelos autores.

Quanto as comorbidades associadas, detectou-se a hipertensão arterial sistêmica como a mais prevalente, com uma porcentagem de 65%. Esta, foi seguida por diabetes (25%), depressão (5%), outros transtornos psiquiátricos (10%), dislipidemia (5%), Parkinson (5%), outras patologias (20%) e por fim, idosos que não apresentam comorbidades com 10% como acordado no gráfico 4.

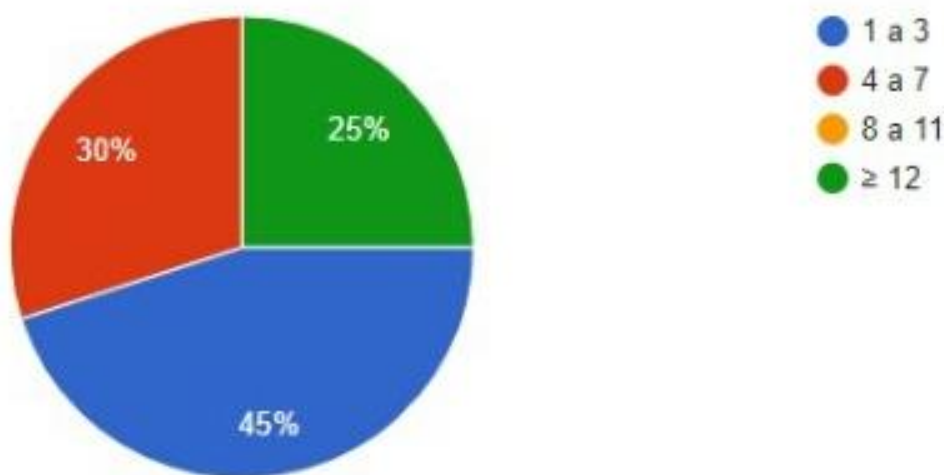
Gráfico 3 – Entrevistados por comorbidades associadas



Fonte: elaborado pelos autores.

Ao analisar o número de coabitantes foi evidenciado que 45% dos idosos vivem com 1 a 3 familiares, 30% com 4 a 7 familiares, 25% com um valor maior ou igual a 12 familiares e nenhum idoso vive com 8 a 11 familiares, sendo representado pelo abaixo (gráfico 5).

Gráfico 4 – Entrevistados por coabitantes

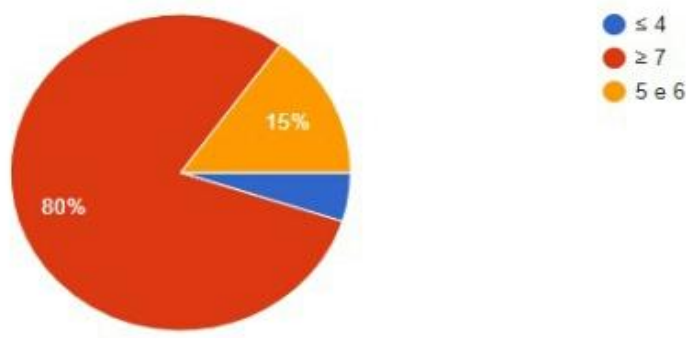


Fonte: elaborado pelos autores.

Por fim, analisou-se a renda da amostra sendo em sua maioria 75% entre um e dois salários mínimos e 25% entre 3 e 4 salários mínimos, outros valores não foram encontrados.

Conforme as variáveis coletadas e o preenchimento da Escala de Hachinski pode-se encontrar 5% da amostra com Alzheimer, escore menor ou igual a 4, 15% com demência mista, escore entre 5 e 6 e a maior porcentagem de 80% com demência vascular, escore maior ou igual a 7. Não foi necessária a aplicação do MEEM e a escala de avaliação de Nitrini.

Gráfico 5 – Escore Isquêmico de HANCHINSKI



Fonte: elaborado pelos autores.

DISCUSSÃO

O aumento da idade populacional é acompanhado pelo aumento da prevalência de transtornos mentais, com destaque para os processos demenciais. Os resultados obtidos no presente estudo permitiram reconhecer algumas variáveis (idade, sexo, escolaridade, comorbidades, renda familiar e coabitantes) que indicam uma maior vulnerabilidade.

O estudo foi composto por 20 pacientes atendidos no Ambulatório da FAPAC-ITPAC com queixa de declínio cognitivo, após exame clínico, exame neurológico e aplicação do escore isquêmico de Hachinski, o diagnóstico de DA foi estabelecido em 1 paciente (5%), DV em 16 pacientes (80%) e DM em 3 pacientes (15%).

No presente estudo não houve prevalência de sexo, sendo 50% dos entrevistados do sexo masculino e 50% do sexo feminino. O resultado encontrado discorda de um estudo demográfico realizado com a população brasileira com demência que atestou que entre os homens, as taxas de prevalência variaram de 4,2% no Distrito de Butantã em São Paulo a 11,4% na comunidade japonesa de Campo Grande. Para as mulheres, essa variação foi mais expressiva, de 2,2% em Piraju (SP) a 12,6% na comunidade japonesa de Campo Grande. Em todas as áreas estudadas a taxa de prevalência foi maior entre as mulheres (BURLÁ, 2013).

Vários estudos, como os de Lopes e Bottino (2002) e de Nitrini *et al* (2004) mostram que as mulheres têm uma prevalência de demência mais elevada que os homens, o que é coerente com o fato de elas conviverem por um período mais longo com algum tipo de incapacidade. As diferenças entre homens e mulheres nessas prevalências variam regionalmente, o que pode ser explicado pela heterogeneidade do perfil etário pelo território nacional. Porém não se pode inferir que ser do sexo feminino implique em maior chance de surgimento de demências, são necessárias novas pesquisas para chegar a uma conclusão efetiva (BURLÁ, 2013).

A idade média dos participantes da pesquisa foi de 77 anos. As crises demenciais aumentam com a idade e há estudos à cerca da estimativa do número atual de idosos demenciados, aplicando medidas de prevalência por idade à população de 65 anos ou mais, mas desagregada por grupo de idade, enumerada pelo Censo Demográfico de 2010 (BURLÁ, 2013).

A idade de início e a rapidez da progressão dependem do tipo de demência e dentro da idiosincrasia da evolução em cada paciente, porém há outros estudos onde foram observados uma associação significativa de sinais de demência e idade nas faixas etárias de 70 a 79 anos e 80 ou mais, concordando com estudo europeu, que identificou aumento linear positivo de demência com a idade e com o presente estudo (LENTSCK *et al*, 2015).

A associação entre o nível de escolaridade e prevalência de demência também é o objetivo desse estudo, assim como de muitas pesquisas. Como exemplo uma pesquisa realizada com 384 idosos de um distrito de São Paulo, em que as queixas de déficit de memória e a maior prevalência em indivíduos do sexo feminino, com baixo nível de escolaridade foram correlacionadas (SILVEIRA,2017). Neste estudo, obteve-se 15% de pacientes analfabetos e 55% de pacientes com ensino fundamental incompleto, dados que evidenciam a prevalência da demência em população que teve menor acesso a escolaridade.

Tais resultados conferem com os dados já coletados em estudos anteriores. Como exemplo o estudo de Burlá (2013) que verificou uma associação entre os níveis elevados de escolaridade e a diminuição do risco de uma pessoa desenvolver uma demência.

Das comorbidades apresentadas há prevalência de 65% de Hipertensão arterial sistêmica, número que demonstra uma porcentagem grande da amostra. Essa doença junto com microangiopatia, causada por envelhecimento, hipertensão arterial, diabetes mellitus e outras são a principal causa da doença de vasos pequenos que, por sua vez, causa demência vascular (ENGELHARDT E et al., 2011).

Já Diabetes Mellitus tipo 2(DM2) está presente em 25% dos participantes da pesquisa. Na literatura existem divergências quanto a existência de relação entre a DM2 e DA. Há evidência de que a lentificação psicomotora pode ser considerada um preditor de DM. Segundo um estudo com 38 indivíduos entre 40 e 75 anos de idade, sugere que o maior tempo de diagnóstico de DM2 relaciona-se com pior desempenho cognitivo no grupo de paciente diabéticos (COSWAY,2001).

O crescente aumento da expectativa de vida é consonante com o aumento na demanda das pessoas por instituições de longa permanência para idosos, os quais, em sua grande maioria, são dependentes, apresentam declínios cognitivos e subnutrição consideráveis, além de quase todos fazerem uso de medicamentos (DE AZEVEDO,2017). No presente estudo constatou-se que 25% dos pacientes vivem com mais de doze pessoas no mesmo ambiente; sendo que dessas 5 pessoas, apenas 1 não morava em instituição de longa permanência. Isso demonstra a importância desses lugares no cuidado e atenção com idosos que apresentam várias comorbidades associadas, dentre elas, a demência.

Quanto à renda financeira dos pacientes entrevistados, 75% estão entre um a dois salários mínimos e 25% entre três e quatro salários mínimos. Conforme um estudo realizado por Borgui *et al* (2011) dados permitem inferir que a maior parte (62%) das pessoas estudadas vive com renda de até cinco salários mínimos, fato que corrobora com a pesquisa em questão e gerou questionamentos acerca das condições de vida e acesso ao serviço público de saúde das famílias menos favorecidas economicamente.

Era esperado que o desconhecimento da associação da demência vascular a outras demências e também a doenças psiquiátricas pelos médicos gerassem subdiagnósticos, fato que foi confirmado com a pesquisa. Verificou-se a presença de um paciente com diagnóstico de Alzheimer e três pacientes com diagnóstico de doença psiquiátrica; destes, um teve associação de Alzheimer e transtorno psiquiátrico. Já os outros dois pacientes com transtorno foram diagnosticados também com demência vascular.

O resultado do estudo mostrou que 16 pacientes obtiveram uma pontuação no escore maior ou igual a sete, sendo esse resultado sugestivo de demência vascular. Desses pacientes, nenhum compareceu ao ambulatório com conhecimento prévio da possibilidade desse diagnóstico, mostrando desconhecimento da demência vascular em relação a doença de Alzheimer pela população. O não diagnóstico acarreta na ausência da aplicação de uma conduta terapêutica e numa possível piora clínica do paciente.

Além disso, foi encontrada a associação de demências com transtornos psiquiátricos em 10% dos pacientes e associação de demência com depressão em 5%. Uma pesquisa realizada no Rio de Janeiro dos pacientes com depressão em nosso estudo, 34,5% (n= 20) tinham pontuação no MEEM e no CAMCOG dentro da média observada no grupo dos pacientes com demência. Resultado semelhante ao encontrado neste trabalho (REYS *et al*, 2006).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A aplicação da escala de Hachinski não faz parte do protocolo de demências do Ministério da Saúde, assim, abre possibilidades para casos de subdiagnóstico de demência vascular e/ou demência mista como no presente estudo onde se encontrou uma grande porcentagem de pacientes com diagnóstico de demência vascular.

Portanto, é sabido que sem a escala é possível de se obter um subdiagnóstico de doenças demenciais. Logo, com um treinamento simples e com a aplicação desta na rotina pelo médico, o escore isquêmico de Hachinski pode ser utilizado como instrumento de diagnóstico dos diversos tipos de demência. Pode ser utilizada para detecção e/ou exclusão de Alzheimer, demência vascular e demência mista num ambiente ambulatorial e mesmo em estudos de comunidades através da entrevista estruturada e entrevistadores adequadamente treinados por ser de simples e rápida aplicação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BACHESCHI, L. A., NITRINI, R. A neurologia que todo médico deve saber. 3ª Ed., Atheneu, 2003.
- BORGHI, Ana Carla; SASSÁ, Anelize Helena; MATOS, Paula Cristina Barros de; DECESARO, Maria das Neves; MARCON, Sonia Silva. Qualidade de vida de idosos com doença de Alzheimer e de seus cuidadores. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 32, n. 4, p. 751, 2011.
- BRASIL. Ministério da saúde. Portaria conjunta nº 13, de 28 de novembro de 2017. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença de Alzheimer. Brasília, 2017.
- BURLÁ, Claudia; CAMARONO, Ana Amélia; KANSO, Solange; FERNANDES, Daniele; NUNES, Rui. Panorama prospectivo das demências no Brasil: um enfoque demográfico. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, p. 2949-2956, 2013.
- COSWAY R, STRACHAN MWJ, DOUGALL A, FRIER BM, DEARY IJ. Cognitive function and information processing in Type 2 diabetes. *Diabet Med*. 2001.
- DE AZEVEDO, L. M.; LIMA, H. H. G.; DE OLIVEIRA, K. S. A.; DE MEDEIROS, K. F.; GONÇALVES, R. G.; NUNES, V. M.; PIUVESAM, G. Perfil sociodemográfico e condições de saúde de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research*, v. 19, n. 3, p. 16-23, 2017.
- ENGELHARDT, Eliaz et al. Demência vascular. Critérios diagnósticos e exames complementares. *Dementia & Neuropsychologia*, v. 5, n. 1, p. 49-77, 2011.
- LENTSCK, Maicon Henrique; PILGER, Calíope; SCHOEREDER, Elismara Prates; PREZOTTO, Kelly Holanda; MATHIAS, Thais Aidar de Freitas. Prevalência de sintomas depressivos e sinais de demência em idosos na comunidade. *Rev. Eletr. Enf.*, 2015.
- LOPES, M.A., BOTTINO, C.M. Prevalência de demência em diversas regiões do mundo: Análise dos estudos epidemiológicos de 1994 a 2000. *Arq Neuropsiquiatr.*, 2002.
- NETO, José Gallucci; TAMELINI, Melissa Garcia; FORLENZA, Orestes Vicente. Diagnóstico diferencial das demências. *Rev Psiq Clín*, v. 32, n. 3, p. 119-30, 2005.
- NITRINI, R.; CARAMELLI, P.; HERRERA, E.; BAHIA, V.S.; CAIXETA, L.F.; RADANOVIC, M.; ANGHINAH, R.; PORTO, C.S., CARTHERY, M.T., HARTMANN, A.P.J.; HUANGN, S.M.I.D.J.; LIMA, E.P.; TAKADA, L.T.; TAKAHASHI, D.Y. Incidence of Dementia in a Community-Dwelling Brazilian Population. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 2004.
- REYS, Bruno Netto dos; BEZERRA, Ana Beatriz Bezerra; VILELA, Ana Lucia de Sousa; KEUSEN, Alexandre Lins; MARINHO, Valeska; PAULA, Estevão de; LAKS, Jerson. Diagnóstico de demência, depressão e psicose em idosos por avaliação cognitiva breve. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo, v. 52, n. 6, p. 401-404, Dec. 2006.

Capítulo 5

BENEFÍCIOS DA REEDUCAÇÃO POSTURAL PSICOMOTORA COMPARADO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO NA ESPONDILITE ANQUILOSANTE

BENEFITS OF PSYCHOMOTOR POSTURAL REEDUCATION COMPARED TO MEDICAL TREATMENT IN ANKILOSANT SPONDILITIS

Leandro Lourenço dos Santos¹

Yago Gonçalves Rosa Prestes²

M^a. Taynara Augusta Fernandes³

RESUMO

A espondilite anquilosante (EA), é uma patologia reumática inflamatória, crônica, progressiva e autoimune, a qual acomete primariamente o esqueleto axial, a articulação sacrilíaca e as articulações periféricas, ao abordar sobre o tratamento fisioterápico na EA é possível afirmar que esta é resumida em diminuir a dor e provocar uma melhor mobilidade da coluna, visando uma melhora da capacidade funcional e qualidade de vida dos pacientes. Na seguinte revisão será abordado sobre as vantagens do tratamento fisioterápico da reeducação postural psicomotora (RPP) sobre o tratamento medicamentoso existente, sendo que em alguns pontos é possível afirmar o melhor benefício da RPP para o tratamento da EA. As buscas foram realizadas nas bases de dados bibliográficas, Pubmed, Scielo e google acadêmico. Depois da aplicação de critérios de inclusão e exclusão foram selecionados 18 artigos totais. Os parâmetros como publicações recentes e artigos relacionados à temática foram postas em destaque. Fica evidente o bom prognóstico resultante da RPP sobre a espondilite perante aos demais tratamentos. Foi abordado a definição, quadro clínico e prevalência da espondilite anquilosante, além de frisar em alguns pontos o diagnóstico e tratamento medicamentoso para a mesma e em último ponto, foi posto em questão a atuação da RPP na EA. Diante das dificuldades apresentadas no tratamento da EA, visto que esta não tem cura, faz-se de fundamental importância maiores estudos que visem aprofundar em melhores métodos afim de obter controle da doença.

Palavras-chave: Espondilite. Tratamento. reeducação postural. Medicamentos.

ABSTRACT

Ankylosing spondylitis (AS) is an inflammatory, chronic, progressive and autoimmune rheumatic pathology that primarily affects the axial skeleton, sacral joint and peripheral joints. It is summarized in decreasing pain and causing better spinal mobility, aiming at an improvement of functional capacity and quality of life of patients. In the following review will be addressed about the advantages of physical therapy treatment of psychomotor postural rehabilitation (PRP) over existing

¹ Faculdade Presidente Antônio Carlos, acadêmico de medicina, Porto Nacional - TO

² Faculdade Presidente Antônio Carlos, acadêmico de medicina, Porto Nacional - TO

³ Faculdade Presidente Antônio Carlos, Professor e Orientador, Porto Nacional – TO

drug treatment, and in some points it is possible to state the best benefit of PRP for the treatment of AS. The searches were performed in the bibliographic databases, Pubmed, Scielo and academic google. After applying inclusion and exclusion criteria, 18 total articles were selected. Parameters such as recent publications and articles related to the theme were highlighted. It is evident the good prognosis resulting from RPP on spondylitis compared to other treatments. The definition, clinical presentation and prevalence of ankylosing spondylitis were discussed. In addition, the diagnosis and drug treatment of the ankylosing spondylitis were highlighted, and the role of RPP in AS was questioned. Given the difficulties presented in the treatment of AS, since it has no cure, it is of fundamental importance to further studies aimed at deepening better methods in order to achieve disease control.

Keywords: Spondylitis. Treatment. Postural Reeducation. Medicines.

INTRODUÇÃO

Ao realizar uma abordagem do que vem a ser a espondilite anquilosante (EA), Pompeu, J.E et al., 2017 define que tal é uma patologia reumática inflamatória, crônica, progressiva e autoimune, a qual acomete primariamente o esqueleto axial, a articulação sacrilíaca e as articulações periféricas, sendo que com uma possível fusão das articulações axiais envolvidas, o paciente pode chegar a adquirir uma postura característica da enfermidade, a qual é popularmente conhecida pelos reumatologistas pelo nome de “postura do esquiador”. (Provenza, jr. Et al, 2016)

Ao caracterizar a “postura do esquiador” tem-se uma anteriorização da cabeça, retificação da lordose cervical e aumento da cifose dorsal. Quanto a etiologia da espondilite, tem-se que esta é desconhecida, embora possua predisposição familiar e genética, associada ao fator HLAB27. Geralmente, o início da sintomatologia ocorre na 2ª e 4ª décadas da vida, tem maior prevalência em indivíduos do sexo masculino, cerca de seis vezes mais do que nas mulheres, que, por sua vez, apresentam melhor prognóstico. (NH Coksevim. Et al,2017), (Coksevim, Neslihan Hezer. Et al, 2018)

Ao se adentrar no âmbito clínico da espondilite tem-se que as principais manifestações clínicas da patologia, as quais valem a pena destacar são a febre, hiperalgesia, fadiga e perda de peso, porém há outros sintomas presentes não predominantes, os quais podem afetar a qualidade de vida dos pacientes, tanto no aspecto social, econômico, profissional, familiar quanto no psicológico. (Coksevim, Neslihan Hezer. Et al, 2018)

A Sociedade Brasileira de Reumatologia relata que não há cura para a espondilite anquilosante. O tratamento deve durar por um longo período, porém, a maioria dos pacientes podem ser tratados através do controle dos sintomas inflamatórios, associado a um programa de exercícios que mantêm e melhoram a mobilidade da coluna e a postura. (Ferreira Giovanni. Et al, 2016)

Contudo, por se tratar de uma enfermidade multifatorial com repercussões fisiológicas e psicossociais, acaba por afetar as atividades produtivas e a vida do paciente. Assim, é de essencial importância que a abordagem fisioterapêutica contemple, os aspectos psicomotores da dinâmica e estática postural. (Ferreira Giovanni. Et al, 2016)

Assim, ao buscar o tratamento da espondilite por meio da reeducação postural psicomotora (RPP), tem-se que este é mais um dos métodos existentes para controle da patologia em questão, sendo que apresenta bom prognóstico na mesma por melhorar o quadro clínico da enfermidade em um período de tempo curto quando comparado ao tratamento medicamentoso. (Batista Thaysa, 2016)

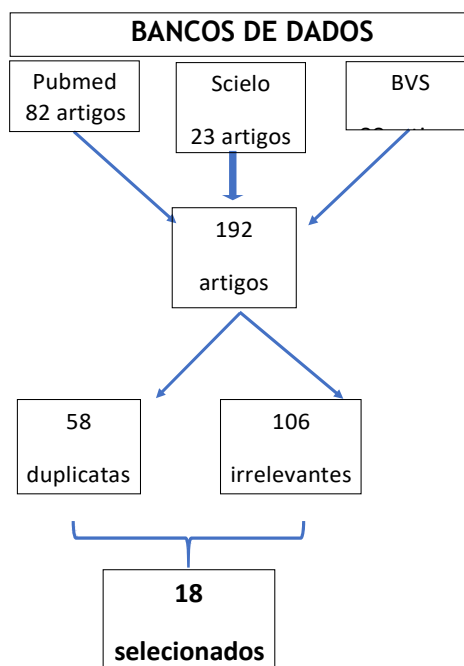
O seguinte estudo através da análise de artigos pode afirmar que a RPP traz uma liberação de sobrecarga musculoesquelética, com isso há um maior aperfeiçoamento dos gestos e das posturas causadoras de desconfortos e de deformidades, além de trazer uma melhora da imagem corporal e do controle proprioceptivo postural, com um maior realinhamento dos segmentos corporais desviados, buscando também aperfeiçoar a coordenação motora e a função respiratória. (Batista Thaysa, 2016)

MATERIAIS E MÉTODOS

A seguinte revisão sistemática foi confeccionada a partir das bases de dados *SciELO*, *google acadêmico* e *Pubmed* partindo dos descritores: “Postural redutation”; “Spondylitis”; “Treatment”; “medicines”; “Physiotherapy”. Foi utilizado como critério de inclusão artigos, pesquisas e trabalhos que foram publicados no período entre 2015 a 2019 (5 anos), na língua portuguesa e inglesa. Artigos que não contribuíram com o tema em questão, que não estavam disponíveis nas bases de dados citadas e que não estavam em idiomas descritos nos critérios de inclusão foram excluídos.

A pesquisa consistiu em uma leitura rápida e exploratória acerca da temática, seguindo por uma leitura seletiva e aprofundada sobre os aspectos objetivos deste trabalho, assim, registrando as informações relevantes ao tema em questão. Onde buscou-se informações sobre a definição, quadro clínico e prevalência da espondilite anquilosante, seu diagnóstico e tratamento medicamentoso e a atuação da reeducação postural psicomotora (rpp) na doença.

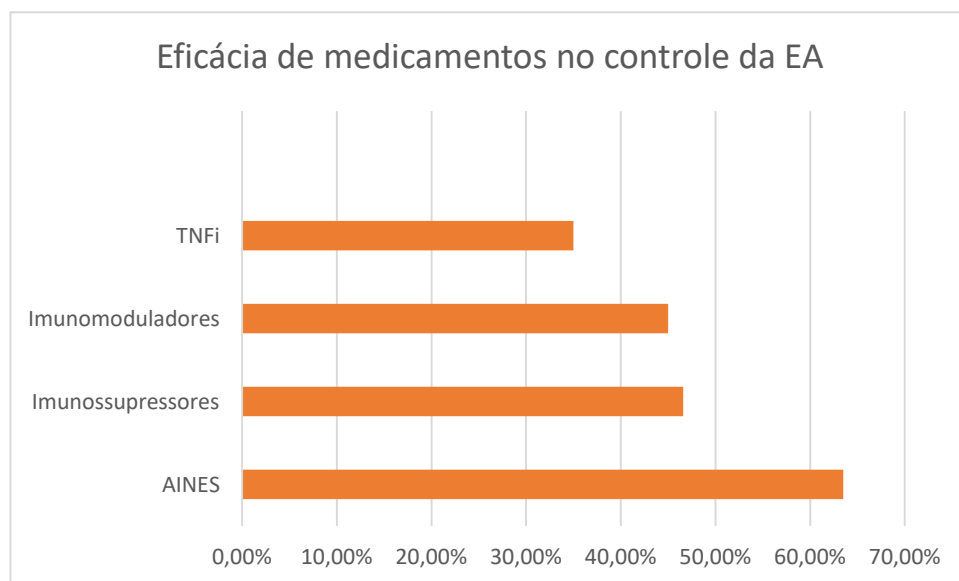
Figura 1. Fluxograma de seleção dos artigos nas bases de dados “Pubmed”, “Scielo”, “google acadêmico”.



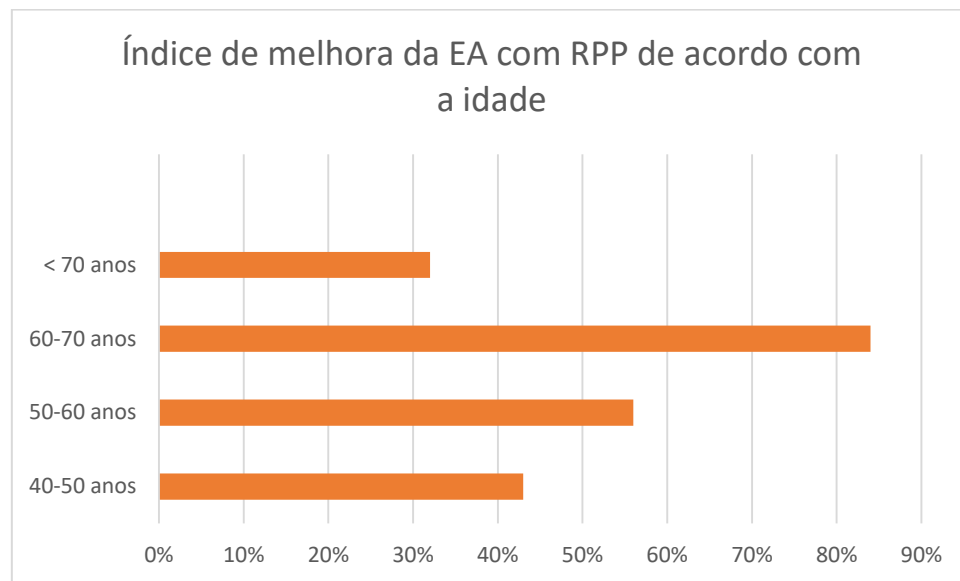
Após seleção dos artigos, realizou-se a coleta das informações objetivos deste trabalho, as quais foram catalogadas em planilhas no Excel (Microsoft®), sendo a análise estatística realizada no mesmo programa.

RESULTADOS

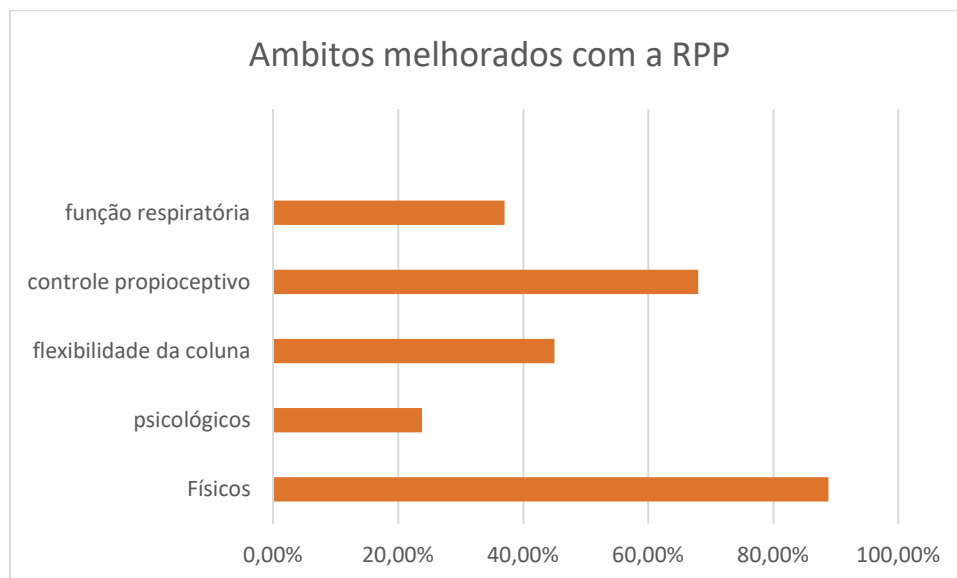
Figura 2- Análise dos últimos cinco anos da eficácia de medicamentos no controle da EA.



Fonte: elaborado pelos autores

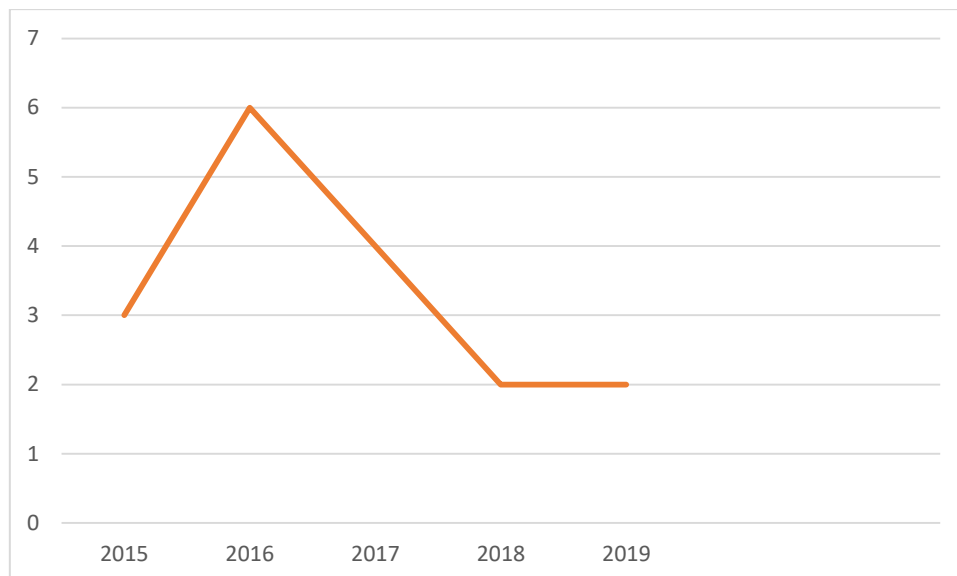
Figura 3- Índice de melhora da EA com RPP de acordo com a idade. (análise dos últimos cinco anos).

Fonte: elaborado pelos autores

Figura 4- Principais âmbitos melhorados com a RPP além da EA

Fonte: elaborado pelos autores

Figura 5- Relação de anualidade dos artigos selecionados.



Fonte: elaborado pelos autores

DISCUSSÃO

DEFINIÇÃO, QUADRO CLÍNICO E PREVALÊNCIA DA ESPONDILITE ANQUILOSANTE

Brow matthew et al., 2016 em concordância com Pompeu, J.E et al., 2017 traz em seu estudo que a EA trata-se de uma artrite imunomediada reumática inflamatória, crônica, progressiva e autoimune. E ainda complementam em seus textos que a enfermidade em questão se inclui em um grupo definido como espondiloartropatias, onde também é possível encontrar doenças como artrite reativa, artrite psoriática e artrite enteropática, sendo que os pacientes encaixados em tal grupo possuem certa predisposição para disfunção da coluna vertebral e pélvica.

Vale ressaltar que a espondilite possui etiologia desconhecida, embora possua predisposição familiar e genética, associada ao fator HLAB27 positivo. Entretanto, ao entrar no âmbito do quadro clínico da patologia descrita no parágrafo anterior, destaca-se características como febre, hiperalgesia, fadiga e perda de peso, além da dor surda, insidiosa na região lombar baixa e na parte

inferior da região glútea, ora a direita ora a esquerda, com irradiação para a face posterior da coxa e talalgia isolada. (Brow matthew et al., 2016)

Quando a EA se expressa na forma mais grave, a doença pode também afetar os olhos e o sistema cardiorrespiratório. Sendo assim, todo este quadro acaba por afetar a qualidade de vida destes pacientes, tanto no aspecto social, econômico, profissional, familiar quanto no psicológico. Quanto à prevalência no cenário brasileiro tem-se que a EA atinge em até 1% da população, sendo uma patologia de diagnóstico não comum e que em alguns casos se dá por fatores genéticos. (Dominique Baeten. Et al,2015), (Costello Mary-Ellen et al.,2015).

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO MEDICAMENTOSO PARA A ESPONDILITE

Ao adentrar no âmbito diagnóstico da enfermidade explanada, tem-se que o mesmo é baseado em um conjunto de sinais e sintomas, sendo que exames como raio-x, tomografia computadorizada ou ressonância magnética, são quem irá ajudar na confirmação diagnóstica, é comum não se ter a confirmação desta patologia na primeira consulta, pois a mesma pode levar anos para se desenvolver. Entretanto o tratamento adequado somente é posto em prática após confirmação diagnóstica. (Callhoff Johanna et al., 2019)

Ao realizar uma breve abordagem do tratamento medicamentoso para a EA, fontes como o estudo de Ward michael et al., 2016 e Sieper Joaquim et al., 2016 com ideias convergentes sinalizam que a melhor opção para minimizar a sintomatologia da espondilite seria o uso de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) e o uso de inibidores do fator de necrose tumoral (TNFi).

Contudo, se a atividade da enfermidade ainda prevalecer apesar do tratamento com AINEs, pode ser preciso o uso da fisioterapia, já que esta é opcional em casos leves. A não utilização dos TNFi advém de pacientes com doença inflamatória intestinal concomitante ou irite recorrente. A artroplastia para pacientes com artrite avançada do quadril é o método de tratamento com maior indicação e consequente resultados positivos. (Moreira Caio., 2009)

É válido ressaltar que apesar de ainda não existir cura para a espondilite anquilosante, o tratamento existente é capaz de melhorar a qualidade de vida dos pacientes e controlar sintomas, tais como dor nas costas, rigidez matinal, prevenir complicações e deformidades. Contudo na maioria dos casos, o tratamento da espondilite anquilosante incluirá o uso de medicamentos, a realização de exercícios físicos e o abandono do tabagismo. Em alguns casos, pode haver necessidade de cirurgias para reparar danos nas articulações. (Moreira Caio., 2009)

Os AINES são os medicamentos mais comumente usados para controle da espondilite anquilosante, já que a mesma não possui cura como mencionado anteriormente. Eles podem aliviar a

inflamação, as dores e a rigidez. No entanto, esses medicamentos não podem ser usados a longo prazo ou em doses muito altas, pois podem causar problemas gastrointestinais. Há casos em que há indicação de corticoides injetáveis, porém pelo fato de haver bastante efeitos adversos do mesmo, o uso de tal somente pode ser feito se acompanhado por um reumatologista. (Zhu XB et al., 2019)

Os Agentes biológicos podem vir a ser medicamentos altamente específicos e indicados para o tratamento da EA, pois estes agem promovendo um bloqueio de proteínas envolvidas na inflamação. Estes são, de modo geral, muito eficazes na espondilite anquilosante, porém podem aumentar o risco de algumas infecções, portanto deve ser usado com cautela e com correto acompanhamento. (Zhu XB et al., 2019)

ATUAÇÃO DA REEDUCAÇÃO POSTURAL PSICOMOTORA (RPP) NA ESPONDILITE ANQUILOSANTE

Certamente, o leque de descobertas e avanços no conhecimento da fisiopatologia da EA, traz consigo o surgimento de novas opções de tratamento além dos medicamentos como AINES, imunossupressores e imunobiológicos, pois, com a descoberta da fisiopatologia, pode existir mudanças na abordagem terapêutica a tais pacientes com tal patologia, sendo que a abordagem terapêutica multidisciplinar é capaz de provocar uma modificação natural do curso da doença. (Silva Eliane., 2017)

O objetivo do tratamento fisioterápico na EA se resume em diminuir a dor e provocar uma melhor mobilidade da coluna, visando uma melhora da capacidade funcional e qualidade de vida dos pacientes. É fato que a fisioterapia supervisionada traz consigo melhores resultados nos parâmetros de mobilidade, rigidez matinal e capacidade funcional da coluna. Contudo, diante das alterações posturais fica evidente os benefícios da utilização RPP no tratamento de pacientes com EA. (Silva Eliane., 2017)

A RPP consiste em um método específico terapêutico embasado em um alongamento ativo direcionado para as cadeias encurtadas, esta fisioterapia é voltada principalmente para os músculos que mantem a postura, os chamados antigravitários, rotadores internos e inspiratórios. Durante a sessão de tratamento são mobilizados os seguimentos intervertebrais com trações e alongamentos dos músculos encurtados. (Junior José, Tomaz Carlos., 2018)

Durante as sessões é realizado a escolha das posturas a serem realizadas para cada paciente individualmente, pois para determinada escolha é necessário realizar uma análise de abertura e

fechamento do quadril, sendo que, deve haver uma preocupação em analisar qual cadeia esta sendo acometida no paciente, esta observação pode ser feita da seguinte maneira:

1. Cadeia anterior- paciente apresenta protusão da cabeça para frente e hipercifose torácica;
2. Cadeia ântero -interna dos ombros- paciente apresenta rotação interna dos ombros;
3. Cadeia posterior- paciente com retroversão pélvica; (Moreira Luana et al., 2017)

Ao abordar o relato de caso de Batista Thaysa, 2016, é possível afirmar que RPP traz para o paciente exposto a mesma uma melhora nos âmbitos físicos, psicológicos e na capacidade funcional do indivíduo acometido pela EA, divergente ao tratamento medicamentoso, pois este em primeiro momento traz uma melhora física e no bem-estar, e posteriormente, após certo tempo de uso da medicação, pode ou não vim a promover melhora psicológica e na capacidade funcional.

Batista Thaysa, 2016 ainda traz em seu relato que o seu paciente posto em análise durante as sessões de RPP teve melhora do seu quadro algico, da mobilidade, flexibilidade da coluna, melhora do controle proprioceptivo postural e uma relevante melhora da função respiratória, sendo que tais melhoras não são concomitantes no tratamento medicamentoso como observado na RPP. Ainda houve o fato de que, nas primeiras sessões, o paciente reduziu seu quadro doloroso em cinco pontos, portanto, a RPP traz uma melhora menor tempo ao paciente quando comparado ao uso de AINES e imunobiológicos.

O bom prognóstico advindo da reeducação postural na EA advém de fatores como precisão de intervenção baseada em aspectos físicos-funcionais e relaciona-se principalmente a abordagem ampla do método. É preciso deixar claro, que o fato de alguns pacientes desistirem no meio do tratamento dificulta o bom prognóstico deste, pois o tratamento da RPP deve ser contínuo e caso a EA for agravada, pode ser necessário a combinação da fisioterapia com medicamentos. (Zanin Caroline et al., 2015)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os pacientes em acompanhamento com o tratamento de RPP apresentaram significativo decréscimo da intensidade da dor e mobilidade, além disso, os indivíduos submetidos a RPP apresentaram melhora na qualidade de vida com menor número de sessões semanais. Porém, outros estudos são necessários para melhor avaliar esta alternativa terapêutica na EA, sendo que é necessário pesquisas adicionais sobre o gerenciamento ideal de medicamentos ao longo do tempo adjunto à reeducação postural a fim de obter melhores prognósticos para EA.

Certamente, as vantagens da terapia com reeducação postural sobre o tratamento

medicamentoso advêm da RPP apresentar melhor prognóstico em menor tempo de adesão quando comparado aos AINES e imunomoduladores a exemplo. Além disso, os medicamentos, se usados de forma iatrogênica ou em excesso trará malefícios ao paciente. Portanto, é de fundamental importância estudos sobre os efeitos da redução postural psicomotora comparado ao tratamento medicamentoso na EA, pois este é um tema que pode mudar o prognóstico de tal enfermidade e a vida de pacientes com o diagnóstico da mesma.

REFERÊNCIAS:

Pompeu, Je; Romano, Rsl; S pompeu maa; lima, smal. Equilíbrio estático e dinâmico no indivíduo com espondilite anquilosante: revisão da literatura. **Revisão Brasileira de Reumatologia**, v. 52, n. 3, p. 409-416, 2017.

Provenza, jr; watanabe, ct; lima, acr. A importância da distância dedo-chão como método propedêutico no diagnóstico da Espondilite Anquilosante. **Revisão ciência médica**, v. 8, n. 1, p. 19-22, 2016.

NH Coksevim, D Durmus, O Kuru. effects of global postural reeducation exercise and anti-tnf treatments on disease activity, fatigue, mobility, sleep quality and depression in patients with active ankylosing spondylitis (prospective-controlled trial). **Rheumatic diseases**. v. 76, n. 2, 2017.

Coksevim, Neslihan Hezer, Durmus, Dilek Kuru, Omer. Effects of global postural rehabilitation exercise and anti-TNF treatments on disease activity, function, fatigue, mobility, sleep quality and depression in patients with active ankylosing spondylitis: a prospective follow-up study. **Journal of back and musculoskeletal rehabilitation**. v. 31, n. 6, p. 1005-1012, 2018.

Ferreira Giovanni, Barreto Rodrigo, Robinson Caroline, Silva Marcelo et al. Global Postural Reeducation for patients with musculoskeletal conditions: a systematic review of randomized controlled trials. *Brazilian journal of physical therapy*. v. 67, n. 3, p. 1-12, 2016.

Batista Thaysa. Tratamento da espondilite anquilosante por meio da reeducação postural psicomotora — método santhiflex: relato de caso. **UCSAL**. 2016.

Brown Matthew, kenna Tony, Wordsworth Paul. Genetics of ankylosing spondylitis insights into pathogenesis. **Nature Reviews Rheumatology**. v.12, n. 3, p. 81–91, 2016.

Dominique Baeten, M.D. Secukinumab, an Interleukin-17A Inhibitor, in Ankylosing Spondylitis. **The new England journal**. v.15, n. 2, p. 113-117, 2015.

Costello Mary-Ellen et al. Brief Report: Intestinal Dysbiosis in Ankylosing Spondylitis. **Arthritis and rheumatology**. v. 67, n. 3, p. 686-691, 2015.

Ward Michael, Deodhar Atul, Akl Elie et al. American College of Rheumatology/Spondylitis Association of America/Spondyloarthritis Research and Treatment Network 2015 Recommendations for the Treatment of Ankylosing Spondylitis and Nonradiographic Axial Spondyloarthritis. **Arthritis and rheumatology**. v. 68, n. 2, p.282-298, 2016.

Sieper Joaquim et al. Effect of continuous versus on-demand treatment of ankylosing spondylitis with diclofenac over 2 years on radiographic progression of the spine: results from a randomised multicentre trial. *Rheumatic diseases*. v. 75, n. 8, p. 45-53, 2016.

Moreira Caio. Livro reumatologia essencial segunda edição, 2009.

Zhu XB et al. Short-term effect of total hip arthroplasty through direct anterior approach in the treatment of hip flexion deformity ankylosing spondylitis. v. 32, n. 2, p. 141-145, 2019.

Callhoff Johanna et al. Efficacy of TNF α blockers in patients with ankylosing spondylitis and non-radiographic axial spondyloarthritis: a meta-analysis. v. 74, n. 6, p. 233-248, 2019.

Silva Eliane. Avaliação dos efeitos da reeducação postural global (RPG) em pacientes com espondilite anquilosante. **Programa de pós-graduação em ciência e saúde**. v.5, n.6, p 1-75, 2017.

Junior José, Tomaz Carlos. Efeitos da reeducação postural global pelo método rpg/rfl na correção postural e no reequilíbrio muscular. **Physical Therapy Movement**. v. 21, n. 3, p 34-42, 2018.

Moreira Luana, Sedrez Juliana, Noll Matias, Candotti Cláudia. Efeitos da Reeducação Postural Global (RPG) Sobre a Hipercifose Torácica: um estudo de caso. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**. v. 21, n. 2, p. 107-118, 2017.

Zanin Caroline, Matheus Jorge, Knob Bruna e Wibeling Lia. Abordagem fisioterapêutica da dor crônica nas espondiloartropatias soronegativas. **Conscientiae saúde**. v. 15, n. 1, p 66-78, 2015.

Capítulo 6

A PERCEÇÃO DOS PACIENTES QUANTO AOS ATENDIMENTOS DOS ACADÊMICOS DO CURSO DE MEDICINA EM UMA UBS DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL

PATIENTS 'PERCEPTION OF CAREERS ACADEMIC CARE AT A UBS OF PORTO NATIONAL

Fernando Coelho Barbosa¹

Samira Géssica Ferreira dos Santos²

Tathiana Nascimento Marques³

RESUMO

Diante das transformações no ensino das faculdades médicas, estas vêm inserindo cada vez mais cedo os acadêmicos de medicina nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Ainda que a população é conhecedora de tal inserção, há resistência por parte de alguns pacientes que fazem uso do sistema único de saúde (SUS). O presente estudo tem como objetivo identificar a percepção dos pacientes atendidos por acadêmicos de medicina. Foi realizado uma pesquisa exploratória, descritiva, qualitativa e prospectiva por meio de um questionário aplicado em 100 pacientes na Unidade Básica de Saúde Maria Lopes de Porto Nacional – TO. Como resultado, 69% dos pacientes declararam atendimento completo como vantagem, 12% receberam atendimento atencioso, 31% queixaram-se da existência de muitos acadêmicos no consultório durante o atendimento, 12% quanto à demora da consulta e 9% recusou alguma vez a ser atendido por acadêmico. Conclui-se que a maioria dos pacientes acham vantagens quanto ao atendimento dos acadêmicos por ser completo e atencioso.

Palavras-chave: Unidade Básica de Saúde, Relação acadêmico-paciente, Atenção Básica.

ABSTRACT

Faced with the transformations in the teaching of medical schools, they have been increasingly inserting medical students in the Basic Health Units (UBS). Although the population is aware of such insertion, there is resistance from some patients who use the single health system (SUS). This study aims to identify the perception of patients treated by medical students. An exploratory, descriptive, qualitative and prospective research was conducted through a questionnaire applied to 100 patients at the Maria Lopes Basic Health Unit of Porto Nacional - TO. As a result, 69% of patients declared full care as an advantage, 12% received attentive care, 31% complained of too many academics in the office during care, 12% of delayed consultation, and 9% refused to be consulted at all. attended by academic. It is concluded that most patients find advantages regarding the care of academics because they are complete and attentive.

Keywords: Primary Health Care Unit, Academic-patient relationship, Primary Care.

¹ Faculdade Presidente Antônio Carlos, acadêmico de medicina, Porto Nacional - TO

² Faculdade Presidente Antônio Carlos, acadêmica de medicina, Porto Nacional - TO

³ Faculdade Presidente Antônio Carlos, Professora e Orientadora, Porto Nacional – TO

1 INTRODUÇÃO

O século XX foi essencial para o crescimento e para a ampliação dos direitos humanos, especialmente para a saúde. Durante esse século havia insatisfações quanto ao acesso à saúde por ser considerada de privilégios. Em 1986 na cidade de Brasília ocorreu a 8ª Conferência Nacional da Saúde com participação dos movimentos populares e gestores. Tinha como tema: A saúde como direito, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento do Setor. O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado com base na resolução de 1986 da Constituição e regulamentado pela Lei nº 8.080, em 1990. Com o SUS a saúde surge como direito e não mais como favor, privilégio ou caridade por entidades filantrópicas (BRASIL, 2018).

Desde a sua formação e implementação na Constituição Federal o Sistema Único de Saúde (SUS) vem sofrendo modificações nos seus programas e estratégias para que estejam adaptadas à realidade de toda a comunidade brasileira. Uma destas modificações é a mudança na organização da Atenção Básica, passando de Programa Saúde da Família (PSF) para Estratégia de Saúde da Família (ESF), incorporando nestes princípios e diretrizes que conduzirão as ações planejadas nesses serviços. A Atenção Básica é considerada a principal porta de entrada do usuário do SUS, sendo esta responsável pelo cuidado integral do paciente, e servindo como entidade acolhedora que garantirá a longitudinalidade dos seus cuidados (SANTOS, 2018).

Para a execução dos serviços e ações planejadas na Unidade Básica de Saúde conta-se com uma equipe de profissionais multidisciplinar e interdisciplinar, que devem trabalhar de maneira conjunta visando o bem-estar da comunidade como um todo. Para que isto seja garantido aos pacientes a reforma deve iniciar dentro das instituições de ensino dos cursos de saúde, implementando disciplinas e estágios que aproximem o aluno da realidade que ele irá vivenciar após concluir a graduação.

Referente à disciplina de Medicina de Família e Comunidade, ela prioriza a prática médica centrada na pessoa, na relação médico-paciente, com foco na família e orientada para comunidade, privilegiando o acesso, o primeiro contato, o vínculo, a continuidade e a integralidade do cuidado na atenção à saúde. Diante do objetivo exposto é nítida a importância da implementação da disciplina, fazendo com que ao longo do curso o discente se familiarize com aspectos biopsicossocioambientais do paciente, e que este consiga aplicar os seus conhecimentos médicos de acordo com a realidade da comunidade.

A relação médico-paciente difere a cada serviço de saúde, e na atenção básica necessita de uma atenção maior. Nesta o médico deve fugir do modelo biomédico, onde o paciente se apresenta

de forma passiva, em que apenas recebe recomendações para que seja curado de determinada doença, assim deve-se concentrar no modelo Holístico, em que o médico entende que o seu paciente deve participar do seu processo de saúde-doença (BYNUM, 2011.)

Todo esse entendimento de que o paciente deve ser entendido de forma integral, e o médico deve conseguir se inserir nos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença da sua comunidade, é lecionado durante os 4 anos de graduação, sendo no internato o momento de colocar tais conhecimentos em prática, e iniciar a construção da relação e convívio com o paciente na atenção básica (OLIVEIRA, 2017).

No Instituto Presidente Antônio Carlos de Porto Nacional –TO, apresenta-se uma grade curricular contando com sete disciplinas de Medicina de Família e Comunidade, servindo de alicerce para aplicação prática durante o internato. Este é regido por um documento constando que deve ser cumprido o mínimo de 30% (trinta por cento) da carga horária prevista para o internato médico da graduação em Medicina que tem de ser cumprido na Atenção Básica e em serviços de Urgência e Emergência do SUS. Diante disso, entende-se a importância da fundamentação da relação médico-paciente entre os internos durante seu módulo na Atenção Básica, e o seu processo de humanização social.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de cunho exploratório, descritivo, qualitativo e prospectivo realizado na Unidade Básica de Saúde Maria Lopes no município de Porto Nacional – TO com 100 pacientes atendidos por internos do curso de Medicina do ITPAC Porto Nacional -TO no período de outubro a novembro de 2019.

O estudo foi realizado com pessoas atendidas pelos internos de medicina na Unidade Básica de Saúde (UBS) Maria Lopes na cidade de Porto Nacional – TO de acordo com a autorização (anuência) emitida pela Secretaria Municipal de Saúde, os quais concordaram em participar da pesquisa ou com a autorização do responsável legal e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

A UBS Maria Lopes assiste 3.000 pessoas do Setor Porto Imperial, na qual aplicaremos o questionário com 100 pacientes com margem de erro de 5% e grau confiabilidade de 90%. São realizados em média 20 atendimentos por dia, aproximadamente 600 no mês.

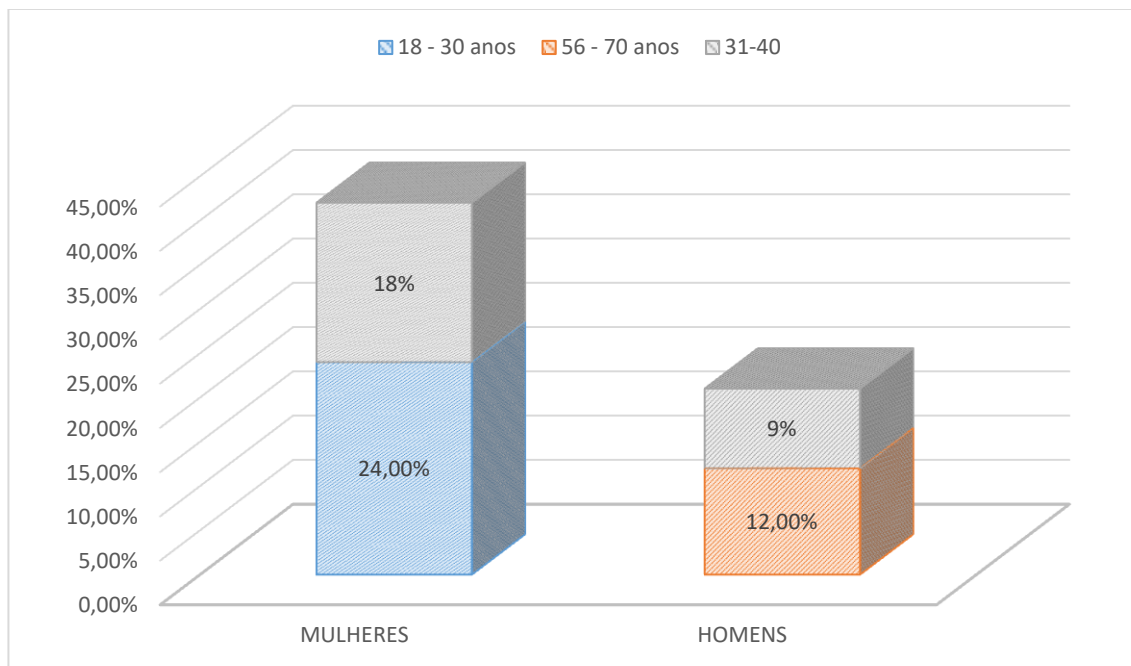
Para finalização deste trabalho e para atender os objetivos específicos propostos, foram utilizados os dados coletados por um questionário feito pelos próprios autores do trabalho, tendo por

base uma amostra de 100 pacientes. Assim, após coletados os dados dos questionários respondidos pelos pacientes, antes ou após, as consultas na UBS Maria Lopes de Porto Nacional- TO, os resultados foram analisados, interpretados e apresentados sobre a forma de gráficos e tabelas, feitas com auxílio das planilhas do Excel e do Microsoft Word.

RESULTADOS

Quanto a idade, 24 pessoas (24%) estão na faixa etária de 18-30 anos; 33 entrevistados (33%) encontram-se entre 31-40 anos; 18 deles (18%), de 41-55 anos; 21 pacientes (21%) entre 56-70; e 5 colaboradores (5%) acima dos 70 anos, conforme mostra o gráfico 1. Com respeito ao sexo participaram 72 mulheres (72%) e 28 homens (28%). Fazendo uma análise entre idade e sexo, obtivemos os seguintes resultados mostrados no figura 1.

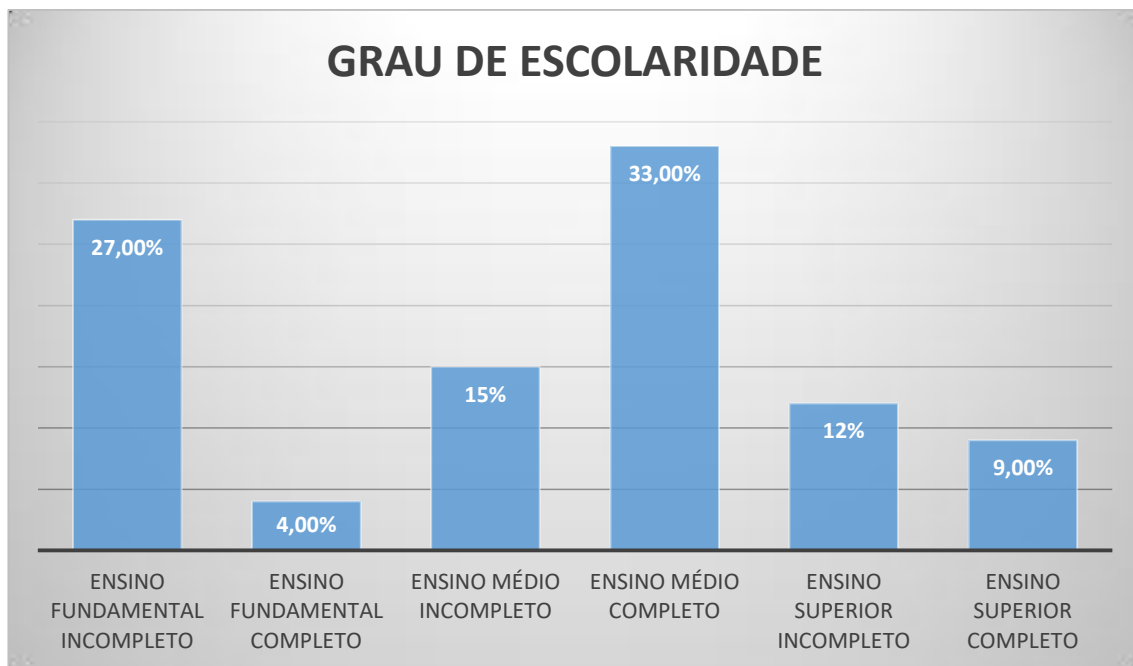
Figura 1 Prevalência dos sexos com as faixas-etárias.



Fonte: Elaborado pelos autores

Em relação ao grau de escolaridade a maioria dos participantes 33 pessoas (33%) possuem ensino médio completo, 4 pessoas (4%) concluíram apenas o ensino fundamental. 27 pessoas (27%) possuem o ensino fundamental incompleto e 12 pessoas (12%) não concluíram o ensino superior. 15 pessoas (15%) não concluíram o ensino médio e 9 pessoas (9%) possui o ensino superior completo, como mostrado no figura 2.

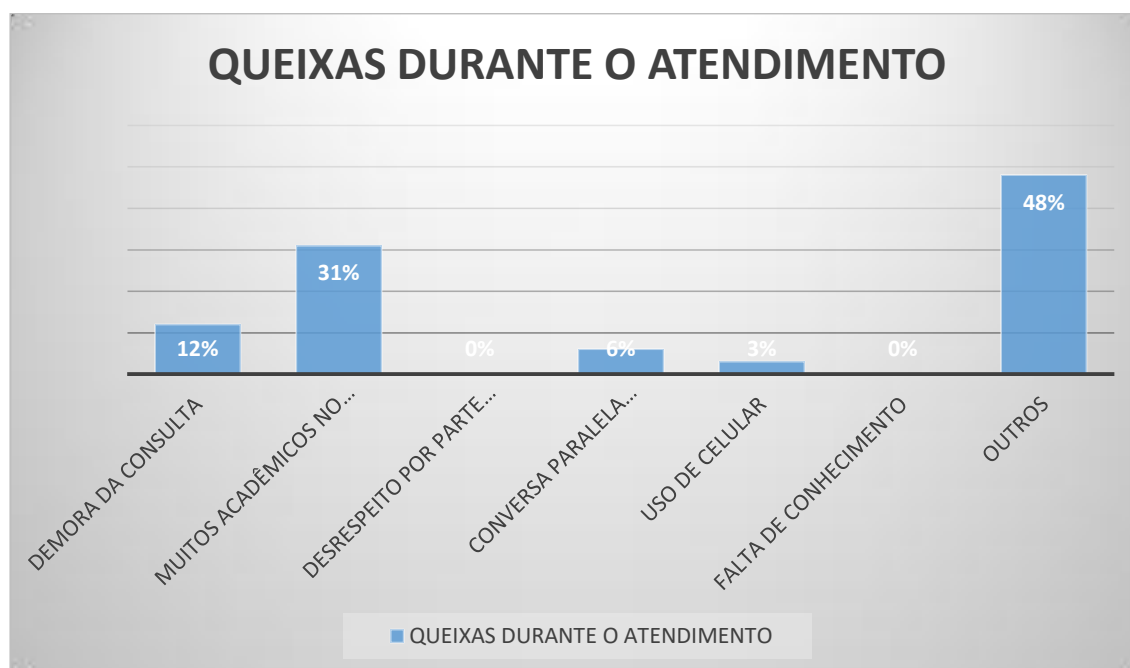
Figura 2 – Grau de escolaridade dos entrevistados.



Fonte: Elaborado pelos autores

De acordo com o questionário a maior porcentagem dos participantes não descreveram nenhuma queixa durante o atendimento dos acadêmicos, sendo essas 48 pessoas (48%); Foi referido também por 31 pessoas (31%) que a quantidade de acadêmicos no consultório é desconfortável; 12 pessoas (12%) queixaram-se sobre a demora da consulta; 6 pessoas (6%) ficaram incomodados com a conversa paralela entre os acadêmicos; 3 pessoas (3%) mencionaram que o uso de celular é desagradável durante as consultas; Nenhum dos entrevistados (0%) relataram desrespeito por parte dos acadêmicos, como mostra o figura 3.

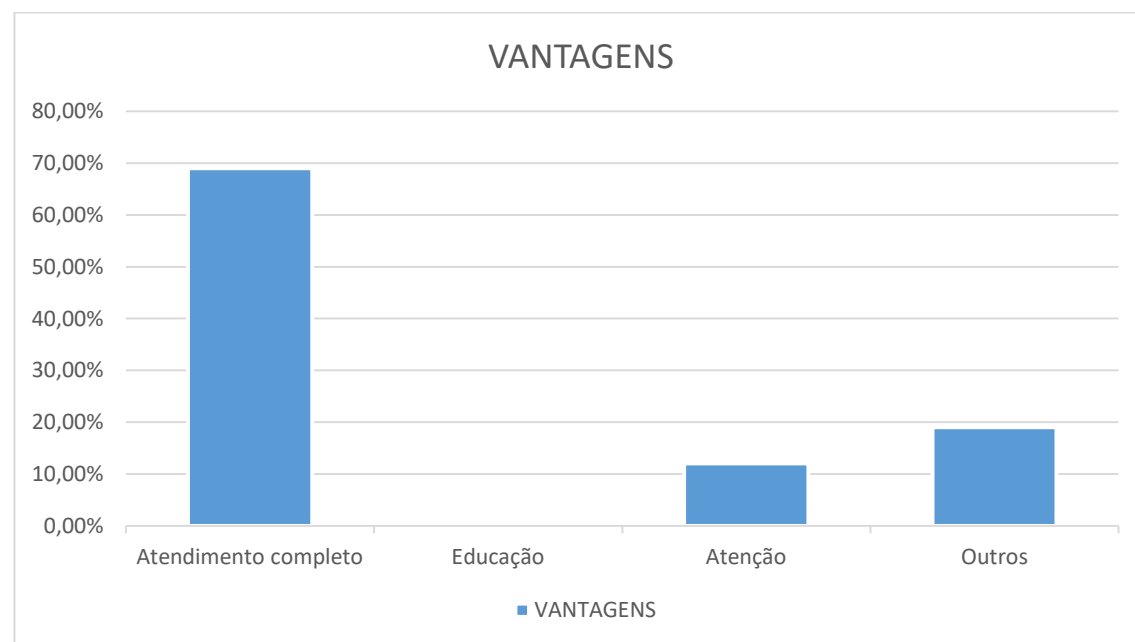
Figura 3 – Queixas durante os atendimentos



Fonte: Elaborado pelos autores

Em conformidade com os resultados do questionário as vantagens encontradas foram: o atendimento completo por parte dos acadêmicos 69 pessoas (69%), Atenção 12 pessoas (12%), Educação 0 (0%) e 19 pessoas (19%) marcaram outras vantagens, de acordo com o Figura 4.

Figura 4 – Vantagens quanto ao atendimento dos universitários.



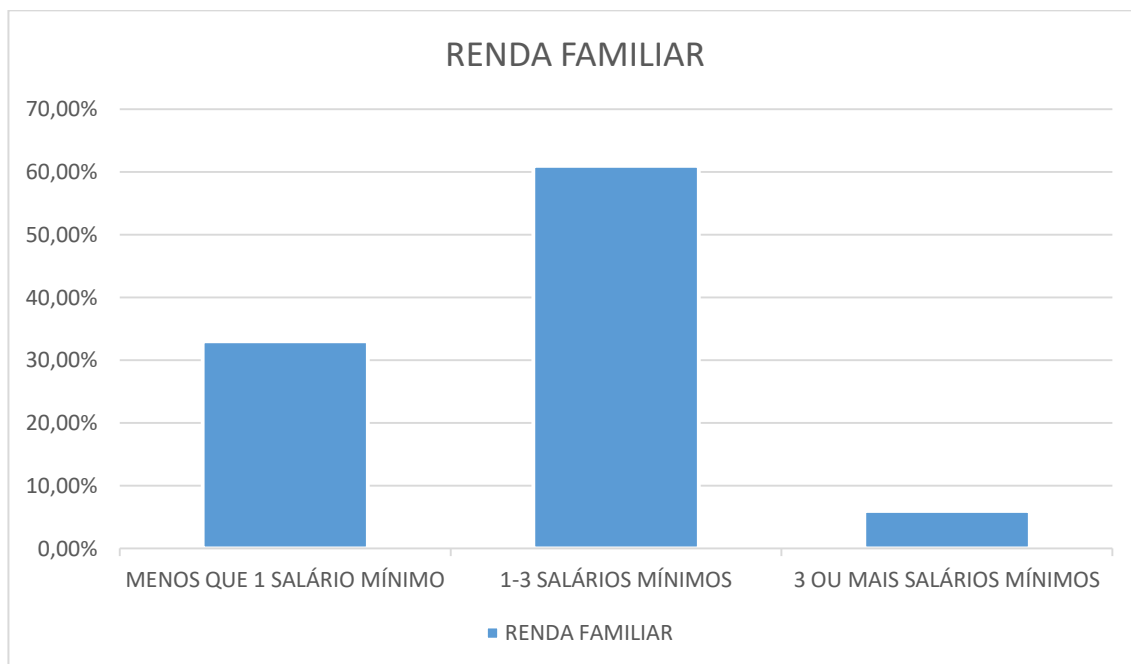
Fonte: Elaborado pelos autores

Outro ponto importante elencado na pesquisa faz referência a aceitação ou negação de serem atendidos por acadêmicos da UBS Maria Lopes onde os dados obtidos foram 91 pessoas (91%) nunca se negaram a ser atendidas por estudantes, enquanto apenas 9 pessoas (9%) se recusaram a serem atendidas pelos mesmos, sendo esses 6 pessoas (66,66% dos que se negaram a ser atendidos) por sentir desconforto quanto a exposição de partes íntimas e 3 pessoas (33,33% dos que se negaram a ser atendidos) por não aceitarem a quantidade de alunos dentro do consultório durante a consulta.

Através do questionário podemos perceber que a existência do receio por parte dos pacientes, em relação aos atendimentos realizados pelos internos de Medicina da FAPAC/ITPAC Porto Nacional, pelo fato de ainda estarem em processo de formação e não possuírem as informações e experiências de um médico formado.

Em relação à renda familiar, 33 pessoas (33%) dos pacientes vivem com menos de 1 salário mínimo; 61 (61%) com 1-3 salários mínimos; e 6% sobrevivem com 3 ou mais salários mínimos. De acordo com o grau de escolaridade 27 participantes (27%) tem ensino fundamental incompleto; 4 (4%) tem ensino fundamental completo; 15 (15%) ensino médio incompleto; 33 (33%) ensino médio completo; 12(12%) ensino superior incompleto; e 9 (9%) ensino superior completo, como mostra o Figura 5 a seguir.

Figura 5 – Renda familiar dos pesquisados.



Fonte: Elaborado pelos autores

DISCUSSÃO

De acordo com a Revista de Saúde Pública sobre as Características principais dos usuários dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil, divulgada em 2017, foram entrevistados 8.676 usuários no total, sendo 75,8% mulheres e 24,2% homens, o que nos confirma através do questionário aplicado na UBS Maria Lopes de Porto Nacional-TO, que a maioria dos pacientes atendidos é do sexo feminino 72% enquanto do sexo masculino 28%, demonstrando assim a importância que a atenção primária tem na vida de milhares de mulheres brasileiras, faltando agora, estender essa preocupação com relação a saúde, também para os homens (FA, Costa KS, et. 2017).

Dentre as alternativas sobre as vantagens quanto às consultas, o atendimento completo realizado pelos acadêmicos, foi tido como a maior vantagem referida pelos pacientes 69 pessoas (69%). Em contrapartida, 31 pessoas (31%) relataram desvantagem no atendimento pelo fato de existirem muitos acadêmicos no consultório durante as consultas.

Nota-se que a porcentagem de pessoas que se recusam ou já se recusaram a serem atendidas pelos acadêmicos soma-se 3%. Fazendo uma segunda análise com as queixas durante o atendimento, 66,6% destes, relataram que a quantidade de acadêmicos durante as consultas foi o principal motivo pelo qual negaram o atendimento, pois sentiam-se desconfortáveis para expor alguns sintomas ou em relação ao exame físico, indo ao encontro com o que esperávamos referente às queixas.

Em contrapartida a porcentagem dos que não se recusaram serem atendidos por alunos 91%. Outra variável pesquisada e de importância significativa, foi a vantagem referida pelos pacientes aos atendimentos, totalizando 69% em que concordaram que o atendimento por parte dos acadêmicos é completo. Analisando em conjunto a variável sobre recusarem ou não a serem atendidos por acadêmicos 91% dos pesquisados, 75,82% destes referiram atendimento completo como a principal vantagem.

De acordo com o artigo Estudantes de medicina na percepção dos pacientes, em 2015, tiveram como resultado, 95% receberam tratamento educado, atencioso e respeitoso por parte dos acadêmicos. Podemos perceber através do questionário aplicado e um estudo das variáveis, que 91% dos pacientes nunca se recusaram a serem atendidos por alunos, 12% da atual pesquisa demonstraram positividade em receber atenção durante as consultas (BERWANGER, Jaqueline; 2015).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BERWANGER, Jaqueline; GERONI, Gabriele Denti de; BONAMIGO, Elcio Luiz. Estudantes de medicina en la percepción de pacientes. *Revista Bioética*, 2015, 23.3: 552-562.

BRASIL. Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona. **Brasília: Ministério da saúde, 2018. Disponível em:** <http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>. Acesso em: 14 de outubro de 2018.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_como_funciona.php. Acesso em: 22 de outubro de 2018.

BYNUM, William. História da medicina. **Souto Maior F, tradutora. Porto Alegre: L&PM, 2011.**

FA, Costa KS, et al. Características principais dos usuários dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. *Rev Saude Publica* 2017;51. Supl 2:17s

OLIVEIRA, Ana Luiza de Oliveira et al. Vivência integrada na comunidade: inserção longitudinal no Sistema de Saúde como estratégia de formação médica. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, p. 1355-1366, 2017.

Capítulo 7

AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE ESTRESSE EM ESTUDANTES DE MEDICINA DO ITPAC – PORTO NACIONAL

EVALUATION OF STRESS LEVEL IN MEDICINE STUDENTS IN ITPAC -PORTO NACIONAL

Aline Maria Marques¹

Guilherme Assunção Godinho²

Flávio Dias Silva³

RESUMO

Introdução: Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) o estresse atinge mais de 90% da população mundial. No Brasil, 49,9% dos estudantes de medicina encontram-se estressados. O estresse apresentado em estudantes de medicina traz alterações psicológicas, fisiológicas e cognitivas, afetando a qualidade de vida, interferindo no aprendizado e influenciando negativamente no cuidado aos pacientes. Portanto, o estresse no universitário de medicina é um problema de saúde, no âmbito individual e público, pois afeta a qualidade do serviço prestado pelo acadêmico ao paciente. **Objetivo:** Verificar os níveis de estresse dos acadêmicos de medicina de duas turmas do ITPAC Porto Nacional. **Métodos:** Trata-se de um estudo de caráter descritivo com abordagem quantitativa, no qual foi realizada uma investigação através de dados obtidos por meio da aplicação de questionários do tipo ISSL, nos meses de agosto e setembro de 2019, aos estudantes de Medicina da FAPAC/ ITPAC Porto Nacional - TO. **Resultados:** A pesquisa foi constituída por, 57,53% do sexo feminino, equivalentes a 42 mulheres e 42,46% do sexo masculino, equivalente a 31 homens, no total de 73 estudantes. Percebe-se que apenas 45,20% dos estudantes totais não manifestaram nenhum sintoma, observa-se que o sexo feminino possui maior ocorrência de estresse. **Discussão:** O nível de estresse do estudante de medicina ainda é superior aos que não possuem nenhuma queixa sintomático, sendo o sexo feminino o que apresenta maior incidência de estresse. Dentre os estudantes que se encontraram com algum nível de estresse, 15% estão na fase 1, 77,5% na fase 2 e 7,5% na fase 3.

Palavras-chave: Estresse; Estudante de Medicina; Família.

.

ABSTRACT

Introduction: According to the World Health Organization (WHO), stress affects more than 90% of the world's population. In Brazil, 49.9% of medical students are stressed. The stress presented in medical students brings psychological, physiological and cognitive changes, affecting the quality of life,

¹ Faculdade Presidente Antônio Carlos, acadêmica de medicina, Porto Nacional - TO

² Faculdade Presidente Antônio Carlos, acadêmico de medicina, Porto Nacional - TO

³ Faculdade Presidente Antônio Carlos, Professor e Orientador, Porto Nacional – TO

interfering with learning and negatively influencing patient care. Therefore, stress in medical students is a health problem, both individually and publicly, as it affects the quality of service provided by the academic to the patient. **Objective:** To verify the stress level of the medical student of two classes of ITPAC Porto Nacional. **Methods:** This is a descriptive study with a quantitative approach, which was not performed after data analysis through the application of ISSL questionnaires, in August and September 2019, in the studies of FAPAC / ITPAC Porto Nacional – TO. **Results:** A survey was conducted by: 57.53% female, equivalent to 42 women and 42.46% male, equivalent to 31 men, without a total of 73 students. It is noticed that only 45.20% of the students do not have any symptoms, it is observed that females have a higher occurrence of stress. **Discussion:** The stress level of medical students is still higher than those who do not have any synthetic symptoms, being females or presenting a higher incidence of stress. Among students who have some level of stress, 15% are in phase 1, 77.5% in phase 2 and 7.5% in phase 3.

Keywords: Stress; Medical Student; Family.

INTRODUÇÃO

A trajetória, comumente, do aluno de medicina no Brasil se inicia bem antes da faculdade. Inicia-se com a fase preparatória para o vestibular que possui uma carga horária de estudo elevada, incluindo finais de semanas e feriados. A alta concorrência do processo seletivo gera competitividade acentuada nas instituições de ensino e consequentemente nos alunos, que por sua vez, distanciam-se das atividades sociais e recreativas da sua faixa etária, podendo gerar rebaixamento do humor, aumento da ansiedade e do estresse.

Existe uma rotina intensa de estudo exigida na fase anterior que pode se estender para faculdade, apresentando vários eventos estressores durante a formação médica, como a dificuldade em conciliar a vida pessoal e a acadêmica; a privação do sono; a constante competição entre os estudantes; a experiência de contato com a morte; medo de contrair doenças; divisão dos alunos em grupos; contato com a psiquiatria e pacientes psiquiátricos; dilemas éticos nas situações de alta complexidade; descoberta de que o médico não é onipotente; sentimento de desamparo do estudante frente ao poder dos professores; preocupação de não ser aprovado no exame de residência médica; intimidade corporal e emocional no exame com o paciente; preocupações quanto à absorção das informações ao longo do curso; preocupação com os ganhos financeiros no futuro; plantões do internato; escolha da especialidade e medo de ser processado no exercício da profissão (QUERIDO, I. *et al.*, 2015).

Estresse é uma condição de desequilíbrio físico e mental onde o organismo é exposto à tensão excessiva por um longo tempo. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) o estresse atinge mais de 90% da população mundial e está frequentemente associado a doenças não transmissíveis e aos transtornos mentais. Estes, juntamente com o transtorno relacionados ao uso de

substâncias psicoativas, são os principais responsáveis pela mortalidade, incapacidade e mortalidade prematura (LIMA, *et al.* 2016).

No Brasil, 49,9% dos estudantes de medicina encontram-se estressados (PACHECO, 2018). O estresse apresentado em estudantes de medicina traz alterações psicológicas, fisiológicas e cognitivas, afetando a qualidade de vida, interferindo no aprendizado e influenciando negativamente no cuidado aos pacientes. Portanto, o estresse no universitário de medicina é um problema de saúde, no âmbito individual e público, pois afeta a qualidade do serviço prestado pelo acadêmico ao paciente (LIMA *et al.*, 2016).

Este artigo objetiva avaliar a incidência de estresse em alunos de medicina da FAPAC/ITPAC Porto Nacional, com o propósito de identificar a prevalência de estresse nos estudantes do curso de medicina.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caráter descritivo com abordagem quantitativa, no qual foi realizada uma investigação através de dados obtidos por meio da aplicação de questionários do tipo ISSL, nos meses de agosto e setembro de 2019, aos estudantes de Medicina da FAPAC/ ITPAC Porto Nacional - TO. As pessoas participaram de forma voluntária, escolhidos de maneira aleatória. A análise dos dados ocorreu no decorrer do mês posterior à aplicação do questionário. Foram analisados itens relacionados ao estresse e fatores associados.

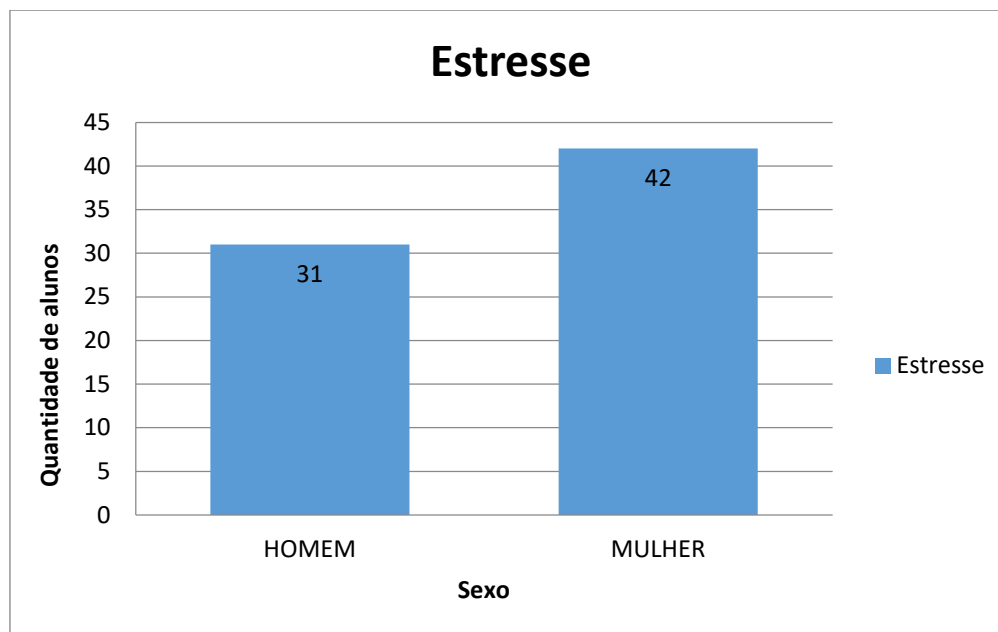
Foi aplicado questionário de sintomas de estresse, ISSL de Lipp, para a coleta de informações sobre a prevalência dos sintomas de estresse nos estudantes de duas turmas de Medicina da FAPAC/ITPAC Porto Nacional- TO. A amostra foi constituída por estudantes de duas turmas.

Foram analisados 73 questionários, nos quais os dados obtidos foram analisados e organizados em figuras que serão expostas neste artigo. As variáveis consideradas foram sexo, período do curso, se mora perto ou longe da família e a fase de estresse em que se encontram.

RESULTADOS

Os acadêmicos que aceitaram participar da pesquisa estão matriculados no 4º e 8º períodos, sendo constituída por 57,53% do sexo feminino, equivalentes a 42 mulheres e 42,46% do sexo masculino, equivalente a 31 homens, no total de 73 estudantes.

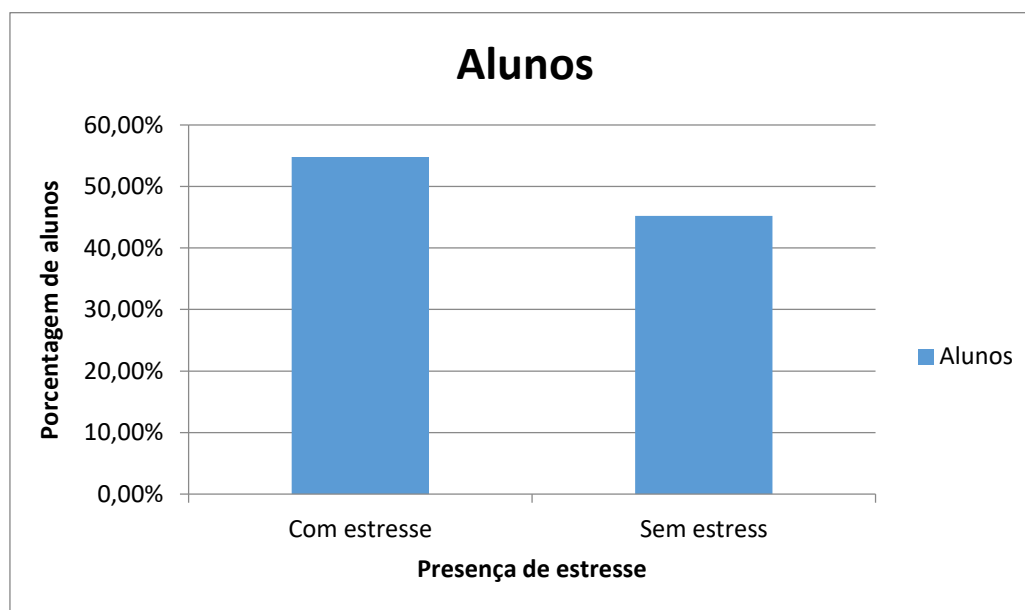
Gráfico 1 – Número de acadêmicos participantes da pesquisa.



Fonte: Elaborado pelos autores

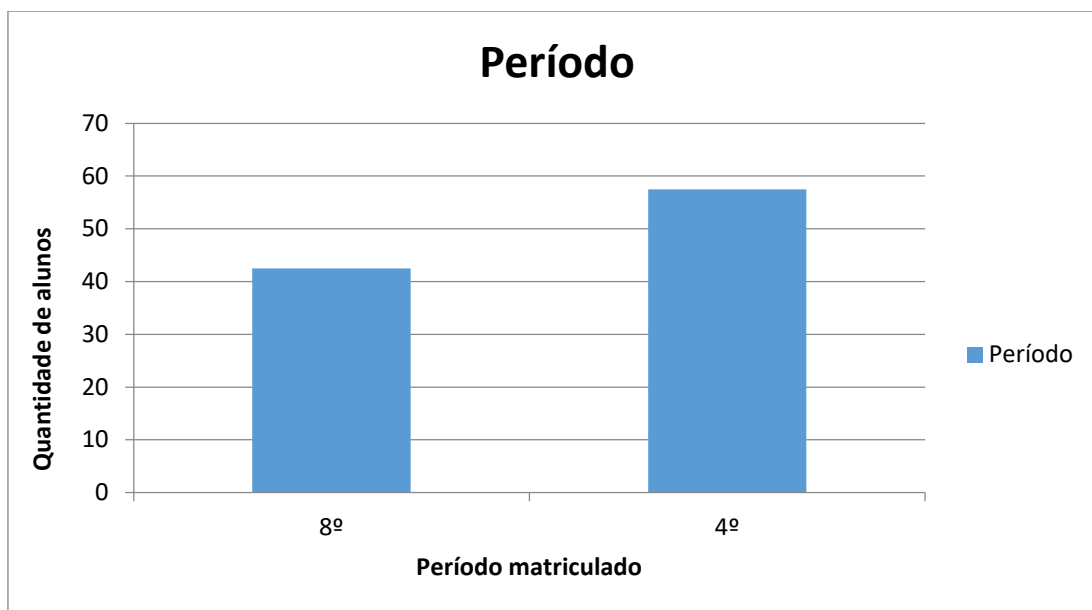
Percebeu-se que apenas 45,2% da amostra total (gráfico 2) não manifestaram nenhum sintoma, sendo o sexo feminino que possui maior ocorrência de estresse, como mostra o gráfico 1. Além disso, observou que dentre os dois períodos analisados o 4º obteve um maior número de alunos com estresse (com 57,5%) em comparativo ao 8º - gráfico 3.

Gráfico 2 – Porcentagem dos alunos com estresse.



Fonte: Elaborado pelos autores

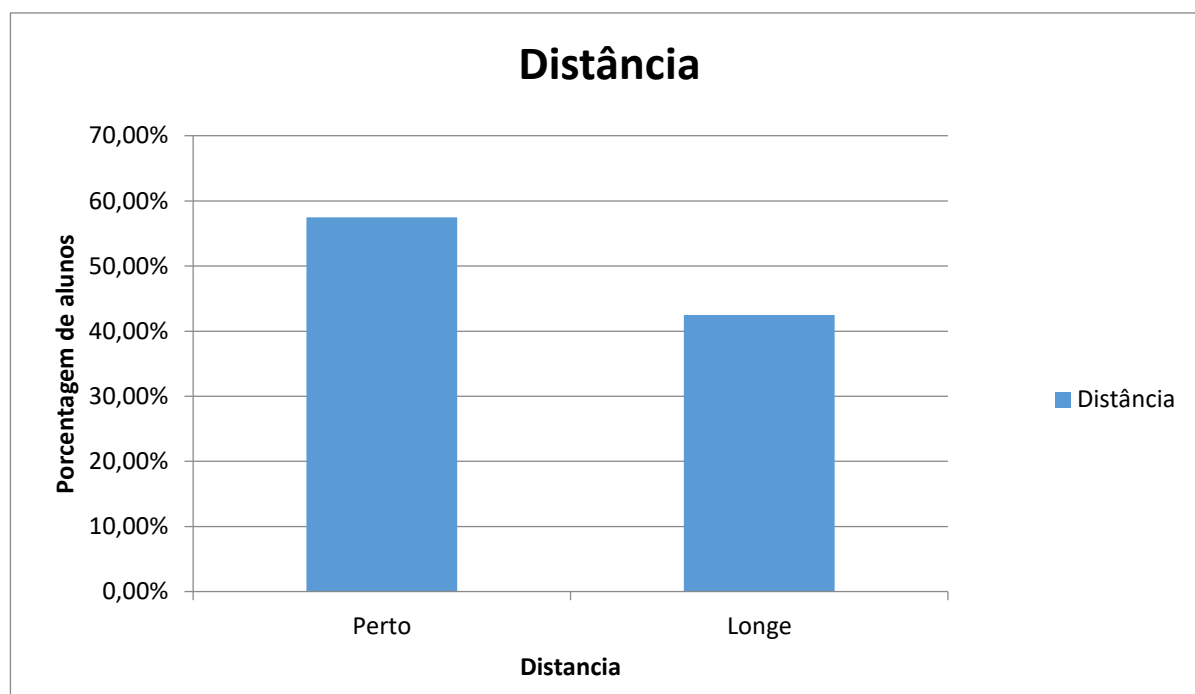
Gráfico 3 – Comparativo da sintomatologia do estresse entre os períodos.



Fonte: Elaborado pelos autores

Outro critério analisado foi a distância entre o estudante e a família (gráfico 4), para analisar o nível do estresse dos estudantes de medicina, o que ficou em evidência é que o nível é maior quando está perto da família com 57,5%.

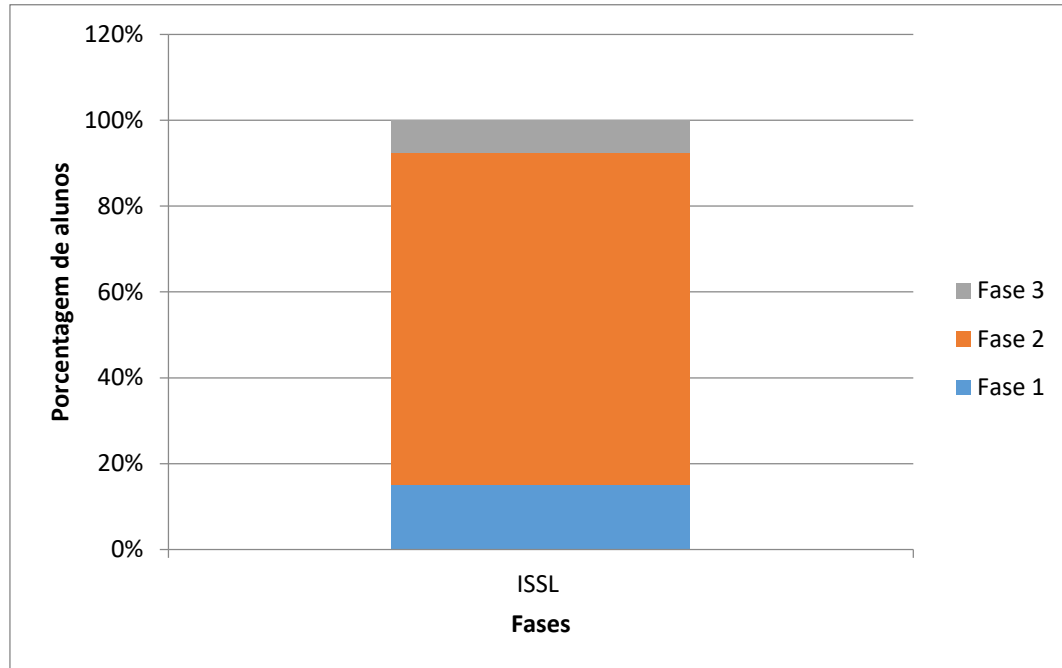
Gráfico 4 – Distância como fator determinante no nível de estresse.



Fonte: Elaborado pelos autores

O questionário ISSL da Marilda Lipp foi utilizado para determinar as fases em que o estudante se encontrava com o nível de estresse. Fase 1 – Alerta ou Alarme, fase 2 – resistência ou luta e fase 3 – exaustão ou esgotamento.

Gráfico 5 – ISSL Marilda Lipp



Fonte: Elaborado pelos autores

DISCUSSÃO

De acordo com a análise nota-se que nos períodos do 4º e 8º da FAPAC Porto Nacional o sexo feminino apresenta maior incidência de estresse, o que confirma, que há uma maior prevalência no sexo feminino de acordo com outros estudos também realizados. Como o de Lipp e Tanganelli (2002) que avaliaram o estresse ocupacional de magistrados da justiça do trabalho e observaram uma prevalência no sexo feminino. O de Moraes, Marques e Pereira (2000), Calais, Andrade e Lipp (2003) e Oliveira (2004) também corroboram estes dados e o Rossetti *et al* (2008) que avaliou o estresse em policiais militares através do ISSL.

Pode se concluir que o nível de estresse do estudante de medicina ainda é superior aos que não possuem nenhuma queixa sintomática, o que confirma com Estudos, que mostram que os Estudantes de medicina estão expostos ao longo do curso a diversos estressores e eventos potencialmente traumáticos como ser testemunha de sofrimento e morte (Amorim, 2018).

Observa-se que o maior período na pesquisa obteve menores níveis de estresse e que no 4º período o número de alunos com transtorno foi maior isso se dá pela mudança no estilo de vida

tornando uma rotina cansativa e desgastante, haja vista que o estudante no decorrer dos anos passa a desenvolver meios para adaptar a rotina de estresse.

Nota-se que a distancia é um fator determinante para a estresse do universitário que demonstrou que na faculdade de medicina de Porto Nacional entre o 4 e o 8 período os alunos que moram perto dos familiares possuem um nível de estresse mais elevado do que aqueles que residem longe.

Dentre os estudantes que se encontraram com algum nível de estresse, pôde-se através do Inventário de Sintomas de Estresse de Lipp, analisar em que fase eles se encontravam, sendo 15% na fase 1 que segundo Marilda é a fase positiva do estresse. Já na fase 2 foram encontrados 77,5% em que a pessoa tenta lutar contra os estressores, para manter sua homeostase. Na fase 3 de exaustão foram encontrados 7,5% que são quando os fatores estressores aumentam de frequência e intensidade podendo a evoluir para doenças graves como úlceras e enfarte.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa realizada pode proporcionar uma melhoria na vida dos estudantes de medicina para intervir no nível de estresse dos alunos assim facilitando o diagnóstico e atuando nos sintomas prevalentes.

Logo, esse artigo construiu dados pertinentes aos objetivos da pesquisa. Sendo analisados e correlacionados os sintomas encontrados nos entrevistados, a sua prevalência e os graus. Sendo importante ressaltar que há limitações no estudo, haja vista que foi utilizado apenas um instrumento para análise do estresse.

A realização desse estudo possibilitou identificar a maior prevalência de estresse em parte particularizada dos estudantes de medicina de Porto Nacional. Assim, os desfechos foram almejados, confirmando a hipótese de que os sintomas estão na maior parte dos estudantes a prevalência no sexo feminino. A pesquisa ajuda identificar os principais fatores determinantes para a progressão do estresse e hábitos de vida que possam acarretar em diminuição do quadro do paciente.

A pesquisa serve para ajudar na abordagem dos pacientes com sintomas da estresse, buscando novas informações sobre os hábitos de vida dos estudantes, através do conhecimento adquirido no perfil epidemiológico dos alunos, correlacionando o aparecimento dos sinais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CALAIS, Sandra Leal; ANDRADE, Livia Márcia Batista de; LIPP, Marilda Emmanuel Novaes. Diferenças de sexo e escolaridade na manifestação de stress em adultos jovens. **Psicologia: Reflexão e crítica**, p. 257-263, 2003.

LIMA, Rebeca Ludmila de et al. Estresse do Estudante de Medicina e Rendimento Acadêmico. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, p. 678-684, Dec. 2016. <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022016000400678&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 Nov. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v40n4e01532015>.

LIPP, Marilda Emmanuel Novaes. Manual do inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL). **São Paulo: Casa do Psicólogo**, v. 76, 2000.

OLIVEIRA, J. B. (2004). Fontes e sintomas de stress em juízes e servidores públicos: diferenças entre homens e mulheres. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, SP.

PACHECO, João P. et al. Mental health problems among medical students in Brazil: a systematic review and meta-analysis. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 369-378, Dec. 2017. <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462017000400369&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 06 Nov. 2018. Epub Aug 31, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2017-2223>.

QUERIDO, Izabela Almeida et al. Fatores Associados ao Estresse no Internato Médico. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, p. 565-573, Dec. 2016. <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022016000400565&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 Nov. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v40n4e00072015>.

ROSSETTI, M.O., et al. O Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL) em Servidores da Polícia Federal de São Paulo. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 4, n. 2, p. 108-119, 2008.

Capítulo 8

A PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS DEPRESSIVOS EM IDOSOS ASSISTIDOS POR UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

THE PREVALENCE OF DEPRESSIVE DISORDERS IN ELDERLY ASSISTED BY A BASIC HEALTH UNIT

Daniel Henrique da Silva Luz¹

Sophia Machado Ayres Sardinha²

Ohana de Moura Arruda³

RESUMO

Introdução: O aumento da população de idosos nas últimas décadas provocou uma alteração relevante na pirâmide etária global. Nesse sentido, a abordagem dos diversos aspectos referentes ao envelhecimento é de grande importância para entender as necessidades desse segmento populacional cada vez mais amplo na sociedade. **Objetivo:** Identificar quais são os fatores associados aos distúrbios depressivos em idosos atendidos por uma UBS de Porto Nacional-TO. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa de campo do tipo descritiva com abordagem quantitativa, que teve como amostra vinte e um idosos adscritos à Unidade Básica de Saúde Naná Prado, em Porto Nacional-TO. Os dados foram coletados por meio de entrevistas individuais, em que foi aplicado um questionário sociodemográfico e a Escala de Depressão Geriátrica com 15 itens (EDG-15). Posteriormente, analisou-se o perfil dos idosos e foi determinada também a prevalência dos sintomas depressivos nessa população. **Resultados:** Traçando o perfil epidemiológico da presente pesquisa, pode-se constatar que os sintomas depressivos são prevalentes em idosos do sexo feminino com idade entre 60 anos e 69 anos, viúvos e que não participam de grupos sociais. **Discussão:** A prevalência de sintomas depressivos entre os idosos avaliados, mostrou-se elevada, de forma que a sintomatologia foi identificada em 42.9% da amostra. Tal porcentagem é superior a de outras pesquisas brasileiras realizadas a nível de atenção básica. **Conclusão:** É fundamental a capacidade de reconhecer os sintomas e os fatores de risco associados à depressão e não os confundir com as próprias características do envelhecimento.

Palavras-chave: Idoso. Depressão. Prevalência. Saúde. Primária.

ABSTRACT

Introduction: The increase in the elderly population in recent decades has caused a significant change in the global age pyramid. In this sense, the approach of the various aspects related to aging is of great importance to understand the needs of this increasingly large population segment in

¹ Faculdade Presidente Antônio Carlos, acadêmico de medicina, Porto Nacional - TO

² Faculdade Presidente Antônio Carlos, acadêmica de medicina, Porto Nacional - TO

³ Faculdade Presidente Antônio Carlos, Professora e Orientadora, Porto Nacional - TO

society. **Objective:** To identify which factors are associated with depressive disorders in the elderly attended by a UBS in Porto Nacional-TO. **Methodology:** This is a descriptive field research with a quantitative approach, which had as its sample twenty-one elderly people enrolled at the Naná Prado Basic Health Unit, in Porto Nacional-TO. Data were collected through individual interviews, in which a sociodemographic questionnaire and the 15-item Geriatric Depression Scale (EDG-15) were applied. Subsequently, the profile of the elderly was analyzed and the prevalence of depressive symptoms in this population was also determined. **Results:** The epidemiological profile of the present study shows that depressive symptoms are prevalent in elderly women aged between 60 years and 69 years, widowers and in those who do not participate in social groups. **Discussion:** The prevalence of depressive symptoms among the elderly evaluated was high, so that the symptoms were identified in 42.9% of the sample. This percentage is higher than that of other Brazilian surveys conducted at the primary care level. **Conclusion:** It is essential the ability to recognize the symptoms and risk factors associated with depression and is not to be confused with the characteristics of aging.

Keywords: Elderly. Depression. Prevalence. Health. Primary.

INTRODUÇÃO

O aumento da população de idosos nas últimas décadas provocou uma alteração relevante na pirâmide etária global. De modo que, as taxas de natalidade/fecundidade estão sofrendo uma redução, ao passo que a expectativa de vida se eleva. Tal fenômeno foi observado primeiramente nos países desenvolvidos, todavia, no contexto atual, esse vem sendo percebido com maior notoriedade nas nações subdesenvolvidas. Nesse sentido, a abordagem dos diversos aspectos referentes ao envelhecimento é de grande importância para entender as necessidades desse segmento populacional cada vez mais amplo na sociedade.

No Brasil, a população manteve a tendência de envelhecimento observada no restante do mundo, superando a marca dos 30,2 milhões de idosos em 2017, de acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2018. No entanto, a sociedade e o atual sistema de saúde encontram dificuldades para lidar, de maneira integral, com as mudanças que acompanham o avanço da idade.

O fato do contingente de idosos estar em constante crescimento não configura uma melhor qualidade de vida para essa faixa etária. Segundo o Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde, divulgado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) no ano de 2015, o envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, relacionado a danos celulares e moleculares, os quais determinam um declínio geral nas capacidades do indivíduo, de forma que esse passa a manifestar inúmeras patologias.

Dentre as patologias destacam-se os distúrbios neuropsiquiátricos, sobretudo a depressão, condição que é descrita pela quarta edição do Tratado de Geriatria e Gerontologia (2016), como uma

diminuição do humor, que na velhice não está associada apenas com as mudanças fisiológicas, mas também às perdas (de entes queridos, da função social, de vínculos familiares).

Segundo Miguel Filho e Almeida (2000); Paradela *et al.* (2005), a depressão pode ser caracterizada por diversas particularidades, como: pensamentos pessimistas, desinteresse, fadiga, insônia, dores inespecíficas e perda de peso. No Brasil, dados da Pesquisa Nacional de Saúde, divulgada pelo IBGE em 2014, apontam que 11,2 milhões de brasileiros sofrem com os transtornos depressivos, e que a faixa etária entre os 60 anos a 64 anos é a mais afetada, com 11,1% dos indivíduos diagnosticados.

Estimativas do Caderno de Atenção Básica: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006), revelam que 50% a 60% dos casos de depressão não são detectados, tornando-a subdiagnosticada e subtratada nessa faixa etária. Dentre os motivos que justificam essa dificuldade têm-se: ausência de treinamento dos profissionais de saúde, falta de tempo e de escuta para com o paciente, reconhecimento apenas dos sintomas físicos dos transtornos depressivos e identificação dos seus sinais clínicos como uma reação “compreensível”.

Assim sendo, a pesquisa realizada objetivou compreender os entraves no diagnóstico e os fatores associados à prevalência dos distúrbios depressivos nos idosos. Também, visou obter um melhor entendimento acerca dos aspectos desencadeantes da depressão na terceira idade, uma vez que os mesmos representam um desafio à saúde pública. Além de servir de apoio para os profissionais da atenção básica na prevenção e detecção dos sinais do quadro clínico depressivo.

METODOLOGIA

O aumento da expectativa de vida resultou em um crescimento significativo da população idosa, representando, dessa forma, um desafio para a atenção básica no que se refere à promoção do cuidado integral a esses indivíduos. De modo que o sistema de saúde enfrenta desafios não só para prover cuidados relativos às doenças orgânicas, mas, principalmente, aos distúrbios mentais, visto que essa faixa etária apresenta diversos fatores que a torna susceptível aos transtornos depressivos. Nesse sentido, o presente estudo buscou entender os obstáculos no diagnóstico e os aspectos associados à prevalência dos distúrbios depressivos nos idosos.

Trata-se de uma pesquisa de campo do tipo descritiva com abordagem quantitativa. O estudo foi realizado no município de Porto Nacional, no estado do Tocantins, situado há cerca de sessenta quilômetros da capital estadual, e com cerca de 4.449,917km², segundo os cálculos do IBGE divulgados em 2017. Com uma população estimada em 52.182 habitantes, apresenta uma população

idosa estimada em 4.708 habitantes de acordo com dados do ano de 2015 apresentados pelo departamento de informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

Dentre as dezesseis Unidades de Saúde da Família do município, que estão cadastradas no DATASUS, a escolhida como local da pesquisa foi a Unidade Básica de Saúde (UBS) Naná Prado, que abrange uma população de 4.500 pessoas cadastradas e está dividida em sete microáreas.

A população desta pesquisa foi composta por indivíduos com sessenta anos ou mais residentes e cadastrados na área adscrita da Unidade. Para selecionar a amostra, pensou-se nos indivíduos que os pesquisadores teriam fácil acesso, os quais residem próximo à UBS ou que fazem acompanhamento nesta. Dessa forma, considerou-se uma amostra de no mínimo vinte idosos a serem interrogados, no entanto, no final do estudo foram contabilizados vinte e um idosos entrevistados.

Adotou-se os seguintes critérios de inclusão: idosos residentes do bairro Jardim Municipal de Porto Nacional, idosos cadastrados na Unidade Básica de Saúde selecionada e idosos que concordarem em participar da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TLCE). Enquanto critérios de exclusão, têm-se: idosos que estão em instituições de longa permanência, idosos que estão internados, idosos que apresentam transtornos mentais que não sejam a depressão e idosos que apresentam déficit cognitivo de forma a comprometer a habilidade comunicativa.

Para a condução deste trabalho, a pesquisa foi realizada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FAPAC/ ITPAC de Porto Nacional (CAAE nº 04164918.8.0000.8075), no mês de maio de 2019, quando o projeto recebeu o parecer de ser exequível pela metodologia proposta. De modo que poderá promover benefícios para melhoria da saúde da população com diagnóstico de depressão e trazer muita relevância para a saúde pública. Dessa forma, o estudo atendeu a todas as normas de ética em estudos envolvendo seres humanos, além de seguir os critérios de estruturação de um trabalho de conclusão de curso.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas individuais realizadas pelos pesquisadores nos meses de setembro e outubro do ano de 2019, durante os turnos da manhã ou tarde, no domicílio do idoso, na unidade básica de saúde e nos encontros realizados no grupo de idosos situados na Associação de Moradores do Bairro Jardim Municipal. As visitas eram orientadas pela médica da UBS, que levava os pesquisadores até às residências próximas do serviço de saúde, e os acompanhava nas reuniões do grupo de idosos.

Não houve perda amostral, sendo que a amostra mínima de vinte idosos foi atingida, em que vinte e um indivíduos foram elegíveis pelos critérios de inclusão da pesquisa e aceitaram participar da mesma após assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Nesse sentido,

todos foram entrevistados com aplicação do questionário sociodemográfico e da Escala de Depressão Geriátrica (EDG).

As variáveis utilizadas no questionário sociodemográfico foram: sexo, idade, estado civil, escolaridade, ocupação, doença crônica, rede de apoio psicossocial, condições de lazer e habitação.

A Escala de Depressão Geriátrica com 15 itens (EDG-15) utilizada neste estudo é uma versão reduzida da escala original elaborada por Sheikh e Yesavage. Paradela *et al.* (2005), que a caracterizaram como um dos instrumentos de diagnóstico preferíveis pelos profissionais da saúde para a investigação de sintomas depressivos em idosos ao oferecer medidas válidas e confiáveis.

A Escala de Depressão Geriátrica contém perguntas que podem ser respondidas com “sim” ou “não”. Para identificar como suspeito de depressão, nas questões 1, 5, 7, 11, 12, 13, 14 as respostas apropriadas (não deprimidos) correspondem a “sim” e todas as outras a “não”. Cada resposta a favor da sintomatologia depressiva vale um ponto e cada resposta que se distancia dos sintomas depressivos vale zero ponto, após o somatório das respostas é considerado o escore sugestivo de depressão a partir de cinco pontos.

Como um estudo epidemiológico de caráter transversal, posteriormente à coleta dos dados buscou-se por meio de cálculos de frequência absoluta e relativa, analisar o perfil dos idosos residentes no bairro Jardim Municipal e cadastrados na Unidade Básica de Saúde Naná Prado. Ademais, com base nos resultados obtidos pelos cálculos, foi determinado também a prevalência dos sintomas depressivos nessa população. A partir disso, foram elaboradas tabelas e gráficos contendo informações acerca da predominância dos distúrbios depressivos e os fatores associados a esses nos idosos estudados.

A prevalência de uma doença é representada pela quantidade de casos na amostra dividido pelo tamanho total da amostra multiplicado por 100. Por meio desse cálculo obtêm-se o percentual de indivíduos afetados por uma determinada patologia.

RESULTADOS

Na apresentação dos resultados é exposta, primeiramente, a descrição sociodemográfica da população em estudo e sua relação com a presença ou não de sintomatologia depressiva. Logo depois é apresentado o total de idosos que apresentaram sintomas depressivos, além da correlação desses com as variáveis que obtiveram maior significância após a análise dos dados. A Tabela 1 apresenta a caracterização sociodemográfica da população estudada.

Dos 21 idosos que foram entrevistados, a faixa etária que foi predominante possuía entre 70 anos a 79 anos (38.1% dos participantes). A idade mínima apresentada pelos indivíduos estudados

foi de 60 anos, enquanto a máxima foi de 85 anos, dessa forma, resultando em uma média de 74,5 anos. A amostra constituiu-se em grande parte por idosos do sexo feminino (71.4%), e a proporção de solteiros juntamente com a de viúvos foram de maior expressão ao analisar o estado civil, ambas com 28.6% dos pesquisados.

Quanto ao grau de escolaridade, verificou-se que 42.8% possuíam ensino fundamental incompleto, já os idosos com o ensino médio completo representavam 33.4%. Com relação às doenças crônicas, foi observada uma supremacia de portadores de alguma morbidade ao totalizar 90.5% dos entrevistados. Percebeu-se também que grande parte dos indivíduos estudados são aposentados, pois somam 71.5%.

Ao analisar a quantidade de idosos que possuíam casa própria foi evidenciado uma taxa de 71.5%. Além disso, 81% mora com mais alguém em seu domicílio. A mesma porcentagem (81%) foi observada com relação à presença de contato com os familiares. No que se diz respeito à participação em atividades recreativas ou de lazer, 52.4% negam participar de alguma, e 76.2% declararam estar envolvidos com algum grupo social (igreja, grupo de idosos, entre outros).

TABELA 1: Características sociodemográficas das pessoas idosas entrevistadas e sua relação com a sintomatologia depressiva.

(continua)

				SEM SINTOMAS DEPRESSIVOS		COM SINTOMAS DEPRESSIVOS	
		N	%	N	%	N	%
SEXO	MASCULINO	6	28.6%	5	83.3%	1	16.7%
	FEMININO	15	71.4%	7	46.7%	8	53.3%
IDADE	60 A 69	7	33.3%	3	42.9%	4	57.1%
	70 A 79	8	38.1%	5	62.5%	3	37.5%
	MAIS DE 80	6	28.6%	4	66.7%	2	33.3%

ESTADO CIVIL	SOLTEIRO	6	28.6%	4	66.7%	2	33.3%
	CASADO	4	19%	3	75%	1	25%
	DIVORCIADO	5	23.8%	3	60%	2	40%
	VIÚVO	6	28.6%	2	33.3%	4	66.7%
ESCOLARIDADE	SEM ESCOLARIDADE	3	14.3%	3	100%	0	0%
	ENS.FUND.INCOMP.						
	ENS.FUND.COMP.	9	42.8%	5	55.6%	4	44.4%
	ENS.MÉD.INCOMP.	2	9.5%	2	100%	0	0%
	ENS.MÉD.COMP.	0	0%	0	0%	0	0%
	ENS.SUP.INCOMP.	7	33.4%	4	57.1%	3	42.9%
	ENS.SUP.COMP.	0	0%	0	0%	0	0%
	MESTRADO OU DOUTORADO	0	0%	0	0%	0	0%
		0	0%	0	0%	0	0%
DOENÇA CRÔNICA	SIM	19	90.5%	11	57.9%	8	42.1%
	NÃO	2	9.5%	1	50%	1	50%
OCUPAÇÃO	APOSENTADO	15	71.5%	8	53.3%	7	46.7%
	EMPREGADO	2	9.5%	2	100%	0	0%
	NEM APOSENTADO, NEM EMPREGADO	4	19.0%	2	50%	2	50%
CONTATO COM FAMILIARES	SIM	17	81.0%	8	47.1%	9	52.9%
	NÃO	4	19.0%	4	100%	0	0%

TABELA 1: Características sociodemográficas das pessoas idosas entrevistadas e sua relação com a sintomatologia depressiva.

(conclusão)

				SEM SINTOMAS DEPRESSIVOS		COM SINTOMAS DEPRESSIVOS	
		N	%	N	%	N	%
MORA SOZINHO	SIM	4	19.0%	2	50%	2	50%
	NÃO	17	81.0%	10	58.8%	7	41.2%
PARTICIPA DE ATIVIDADE RECREATIVA	SIM	10	47.6%	5	50%	5	50%
	NÃO	11	52.4%	7	63.6%	4	36.4%
PARTICIPA DE GRUPO SOCIAL	SIM	16	76.2%	10	62.5%	6	37.5%
	NÃO	5	23.8%	2	40%	3	60%
MORADIA	CASA PRÓPRIA	15	71.5%	8	53.3%	7	46.7%
	CASA ALUGADA	2	9.5%	2	100%	0	0%
	CASA CEDIDA	4	19.0%	2	50%	2	50%
	CASA FINANCIADA	0	0%	0	0%	0	0%
SINTOMAS DEPRESSIVOS	SIM	9	42.9%				
	NÃO	12	57.1%				

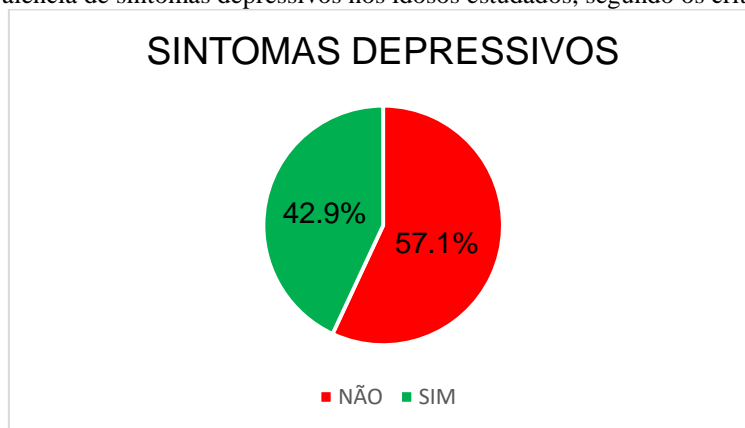
Fonte: (LUZ, SARDINHA, 2019).

Quanto à presença de depressão, evidenciou-se pelo gráfico 1 que a maior parte dos entrevistados (57.1%), não possuía sintomas depressivos. Enquanto 42.9% apresentavam sinais sugestivos de depressão segundo os critérios contidos na versão reduzida da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (EDG-15).

Ao considerar as associações entre os fatores sociodemográficos e a frequência de sintomas depressivos, nota-se por meio do gráfico 2, que, o sexo feminino apresentou maior magnitude desses. De mesmo modo, esse comportamento se repete ao analisar os idosos que são viúvos, que têm

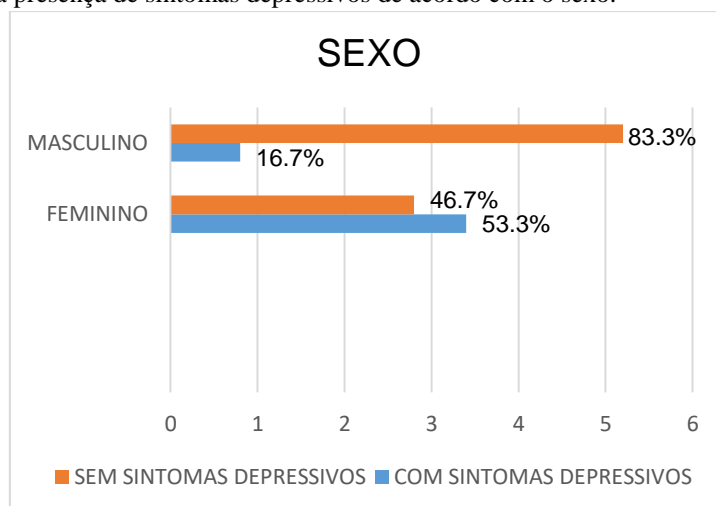
contato com seus familiares, que participam de alguma atividade recreativa e os que não participam de algum grupo social conforme demonstrado pelo gráfico 3.

Gráfico 1: Prevalência de sintomas depressivos nos idosos estudados, segundo os critérios da EDG-15.



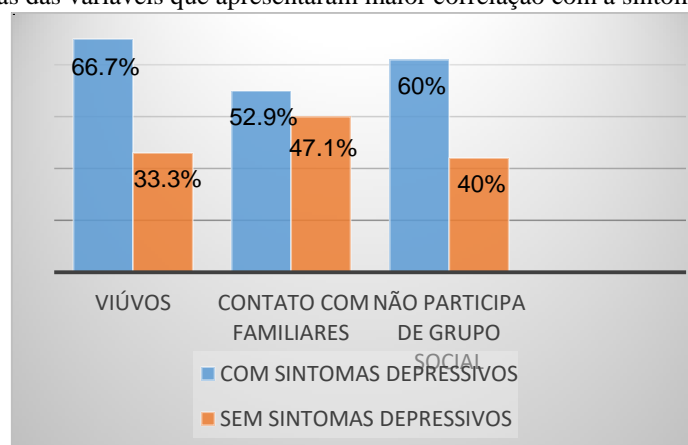
Fonte: (LUZ, SARDINHA, 2019).

Gráfico 2: Distribuição da presença de sintomas depressivos de acordo com o sexo.



Fonte: (LUZ, SARDINHA, 2019).

Gráfico 3: Algumas das variáveis que apresentaram maior correlação com a sintomatologia depressiva.



Fonte: (LUZ, SARDINHA, 2019).

Traçando o perfil epidemiológico da presente pesquisa pode-se constatar que os sintomas depressivos são prevalentes em idosos do sexo feminino com idade entre 60 anos e 69 anos, viúvos e que não participam de grupos sociais. Além do mais, o contato com familiares e a participação em atividades recreativas não exerceu influência como fatores protetores para a depressão. As demais variáveis não tiveram associação significativa com a doença.

DISCUSSÃO

A prevalência de sintomas depressivos entre os idosos avaliados mostrou-se elevada, de forma que a sintomatologia foi identificada em 42.9% da amostra. Tal porcentagem é superior a de outras pesquisas brasileiras realizadas a nível de atenção básica, a exemplo dos estudos de Nogueira *et al.* (2014), Lino *et al.* (2014) e Sousa *et al.* (2017), no qual a prevalência variou entre 26.1% a 30.6%.

Essa divergência quanto às taxas de prevalência de sintomas depressivos em idosos é explicada por Sözeri-Varma (2012) como fruto do equívoco desses indivíduos, os quais confundem tais sintomas com o próprio processo de envelhecimento. Nesse sentido, eles consideram a depressão como uma condição normal, e por conseguinte, passam a escondê-la.

O predomínio do sexo feminino dentro da amostra foi notório, justificando o aumento da expectativa de vida das mulheres no Brasil. Ademais, é também evidente a associação entre o sexo feminino e a presença de sintomas depressivos (53.3%). Essa vulnerabilidade das mulheres à depressão é documentada também no estudo de Nogueira *et al.* (2014), que atribuíram esse comportamento à longevidade desse gênero, a qual o predispõe ao desenvolvimento de doenças crônicas como a depressão. Além disso, outro motivo que explica maior frequência em idosas é o fato que elas procuram mais os serviços de saúde e admitem seus sentimentos.

Embora Park (2011) tenha concluído que o risco para desenvolver a depressão é maior a partir dos 75 anos de idade. O presente estudo revela que os sintomas da depressão foram mais expressivos nos idosos mais jovens (entre 60 anos e 69 anos). Esse achado corrobora com dados da pesquisa de Bandeira (2008), em que a prevalência de depressão foi de 59.38% nos pacientes dessa mesma faixa etária atendidos por uma Unidade Básica de Saúde no município de Fortaleza, estado do Ceará.

No que diz respeito ao estado civil, a viuvez foi a variável que mais interferiu no estabelecimento da sintomatologia depressiva na população idosa que participou da pesquisa, de maneira que 66.7% dos idosos viúvos apresentaram sintomas depressivos. Observa-se essa mesma relação da ausência de companheiro com a doença no estudo realizado por Silva *et al.* (2018), em

duas Unidades Básicas de Saúde localizadas no município de Palhoça, Santa Catarina. Nesse estudo, dados coletados entre agosto e novembro de 2017 mostraram que a doença foi 1,580 vezes mais frequente entre os indivíduos sem companheiro.

Segundo Cohen *et al.* (2015), a manifestação de sintomas depressivos depois da morte do cônjuge pode ocorrer devido à ausência ou o escasso apoio social após a perda, além da dificuldade de adaptação à mesma. De forma que o viúvo(a) desenvolve sentimento de tristeza e solidão, os quais propiciam o surgimento da depressão.

A escolaridade foi um dos fatores sociodemográficos que assim como no estudo de Lampert e Ferreira (2018), não apresentou uma associação estatisticamente relevante com a sintomatologia depressiva na pesquisa em questão. Contudo, a maioria das pesquisas desenvolvidas na área, como de Silva *et al.* (2014), e Andrade *et al.* (2016) demonstram uma relação direta entre a baixa escolaridade e a depressão. De acordo com eles, a baixa escolaridade interfere na compreensão da doença.

Assim como a escolaridade e em concordância com a análise feita por Silva *et al.* (2019), não houve uma relação considerável entre a presença de comorbidades e a depressão neste estudo. Apesar disso, pesquisas como de Souza *et al.* (2013), Sousa *et al.* (2017), e diversas outras comprovam que existe essa correlação. Duarte e Rego (2007) definem que, tal conexão é bidirecional, de modo que as doenças crônicas podem agravar os sintomas depressivos, ou a depressão pode favorecer o aparecimento de doenças crônicas.

Dentre as patologias crônicas mais envolvidas com a depressão, análises feitas por Silva *et al.* (2018) constataram que as doenças cardiovasculares, como a hipertensão arterial e a insuficiência cardíaca foram as que apresentaram maior afinidade com a sintomatologia depressiva. Foi verificado também uma relação significativa com as comorbidades artrite, patologias da coluna, diabetes mellitus e o acidente vascular cerebral.

No que condiz a recursos econômicos e ocupação, os aposentados se apresentam como a maioria dos indivíduos entrevistados (71.5%), sendo que, a exata metade desta parcela manifestou sintomas depressivos. Segundo Souza *et al.* (2013), os idosos que possuem empecilhos financeiros, com baixo poder aquisitivo, juntamente com a perda do status ocupacional advinda da aposentadoria, estão predispostos ao desenvolvimento da depressão. Fato que ocorre, devido a desvalorização que essa faixa etária sofre na sociedade, repercutindo em seus aspectos psicossociais, econômicos e emocionais, visto perderem seu papel social.

Quanto ao quesito de contato com os familiares, houve um predomínio de indivíduos que mantêm essa relação, em que a maior parcela destes (52.9%) apresentou sintomatologia depressiva. O estudo de Souza *et al.* (2014), evidencia que o convívio de idosos em famílias disfuncionais é

capaz de provocar sofrimento psicológico, levando ao desenvolvimento ou piora da depressão nesses. A família é uma fonte de suporte e apoio importante a seus membros, atuando muitas vezes como um fator de proteção, logo, a sua desestruturação pode ter associação com a presença dos sintomas depressivos nos idosos.

Ao avaliar se os indivíduos moram sozinhos ou acompanhados, o presente estudo revelou que grande parte vive com netos, filhos ou algum familiar, e que 58.8% destes não manifestaram indícios de depressão. Tais dados corroboram com o avaliado por Lampert e Ferreira (2018), os quais evidenciaram que os idosos que não moram sozinhos apresentam menor possibilidade de exibirem sintomas depressivos quando comparados aos que vivem só. O idoso que mora sozinho apresenta uma redução do suporte e dos vínculos sociais, o que pode levar ao sentimento de vazio emocional e solidão, predispondo à depressão.

Com relação à participação em atividades recreativas, dentre os idosos que não se envolviam em nenhuma (52.4%), houve uma taxa de apenas 36.4% de sujeitos que apresentaram sintomatologia depressiva. Essa situação difere da encontrada por Magalhães *et al.* (2016), no qual seu trabalho demonstrou que os indivíduos que não participavam de alguma atividade comunitária eram a maioria entre os portadores de depressão. Ribeiro *et al.* (2018) esclarecem que, manter alguma atividade proporciona estímulo psicológico ao idoso, além de contribuir para uma vida mais saudável e, conseqüentemente, uma melhor qualidade dessa.

Em referência à participação em grupo social, este estudo evidenciou que àqueles que participam de algum, seja na igreja, grupos de convivência, dentre outros, a grande maioria (62.5%) não manifestou sintomas depressivos. Essa situação está em consonância com o estudo de Almeida *et al.* (2015), que evidenciou a importância do apoio social, visto que, sua escassez diminui a satisfação com a vida, predispondo à depressão no idoso. Dessa forma, a inserção em grupos sociais acaba funcionando como um fator protetor, prevenindo a doença e reduzindo o impacto desta na velhice.

Quando se avaliou a constante moradia, houve uma parcela majoritária de pessoas que possuem casa própria, e dessas, 53.3% não apresentaram sintomas depressivos. Ao buscar artigos para comparar-se os dados, não se encontraram estudos nacionais que englobassem essa variável, o que sugere a necessidade de mais pesquisas que analisem a influência de tal fator na gênese e agravamento dos sintomas depressivos.

Percebeu-se durante as entrevistas, a dificuldade de ambos os lados em diferenciar as características inerentes do próprio envelhecimento, como a presença de doenças crônicas e a limitação funcional, com os aspectos do estado psíquico depressivo. Esse impasse ocorria, sobretudo, quando os idosos eram questionados a respeito de duas perguntas contidas na versão resumida da

Escala de Depressão Geriátrica. Tais perguntas são: “D.2) Você deixou muitos de seus interesses e atividades?” e “D.8) Você sente que sua situação não tem saída?”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constata-se que a prevalência de depressão nos idosos cadastrados na área adscrita da Unidade Básica de Saúde Naná Prado foi de 42.9%. Dentre os fatores sociodemográficos abordados no estudo, os que obtiveram maior repercussão no aparecimento de sintomas depressivos na terceira idade foram sexo feminino, idade entre 60 anos e 69 anos, viuvez e ausência de participação em grupos sociais.

O aumento da população idosa é uma realidade em países subdesenvolvidos como o Brasil. No entanto, tal fato não remete a uma melhor qualidade de vida para essa faixa etária. De modo que o sistema de saúde enfrenta obstáculos não só para prover cuidados relativos às doenças orgânicas, mas, principalmente, aos distúrbios mentais como a depressão. Isto ocorre, devido ao fato de que diversos fatores de risco para os transtornos depressivos, como a perda de vínculos e as inaptidões funcionais, são comuns do processo natural de senescência, o que torna o diagnóstico desafiante.

O subdiagnóstico da depressão em pacientes idosos é um cenário alarmante. Entre os motivos que explicam o obstáculo em se identificar a sintomatologia depressiva nessa faixa etária, verificou-se que existiu uma dificuldade bilateral quanto à dissociação entre os aspectos naturais do próprio envelhecimento e os sintomas depressivos. Na pesquisa em questão, a população em estudo apresentou problemas em discernir se a falta de interesse pelas atividades e a desesperança eram decorrentes somente das incapacidades funcionais ou devido a um humor triste.

Em vista disso, é importante o investimento em políticas públicas que possam atender às necessidades em saúde mental das faixas etárias mais avançadas. Nesse sentido, o treinamento dos profissionais de saúde e o uso de instrumentos (escalas, questionários) validados para rastreamento precoce da depressão, configura-se como uma estratégia de prevenção e promoção em saúde, além de diminuir os agravos associados a essa patologia. Ademais, se faz necessário haver ferramentas de educação em saúde direcionadas a terceira idade com o propósito de instruí-los a identificar os sintomas depressivos e adotar medidas que possam garantir a sua qualidade de vida.

A responsabilidade pela saúde do idoso não é uma tarefa que compete somente ao indivíduo, mas também às equipes de saúde e ao Estado. Assim, devem ser realizados esforços sistemáticos com a intenção de promover um envelhecimento ativo e saudável, de forma a prevenir o desenvolvimento de doenças crônicas, como a depressão. Nessa perspectiva, faz-se necessário o incentivo a programas destinados aos idosos com o intuito de promover a participação em

movimentos e atividades culturais, desportivas e de lazer, além de instituir mais centros de convivência para essa faixa etária afim de aumentar as relações interpessoais.

Por fim, conclui-se que estabelecer o diagnóstico de depressão na terceira idade é uma tarefa complexa. De modo que é fundamental a capacidade de reconhecer os sintomas e os fatores de risco associados e não os confundir com as próprias características do envelhecimento. A atenção primária é essencial nesse processo, pois o vínculo e o cuidado continuado que ela estabelece com seus usuários auxilia no conhecimento integral de suas particularidades, além de que, esse setor da saúde procura promover a participação ativa do idoso na comunidade.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Maria Aparecida Sousa Oliveira; LEMES, Alisséia Guimarães; NASCIMENTO, Vagner Ferreira do; FONSECA, Paula Isabella Marujo Nunes da; ROCHA, Elias Marcelino da; LIBA, Ykaro Hariel Alves de Oliveira; VOLPATO, Rosa Jacinto; CARDOSO, Tayane Próspero. Fatores de risco associados à depressão em idosos no interior de Mato Grosso. **Revista Baiana de Saúde Pública**, 2015.

ANDRADE, Anny Beatriz Costa Antony de; FERREIRA, Alaidistânia Aparecida; AGUIAR, Maria José Gomes de. Conhecimento dos idosos sobre os sinais e sintomas da depressão. **Saúde em Redes**, v. 2, n. 2, p. 157-166, 2016.

BANDEIRA; Carina Barbosa. Perfil dos idosos com depressão em comunidade do município de Fortaleza. **Rev Bras Med Fam Com.**, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de informática do Sistema Único de Saúde. **Sistema de Informações sobre a População Residente**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?novapop/cnv/popbr.def>>. Acesso em: 11 de set de 2019.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Cadernos de Atenção Básica, n. 19, 2006.

COHEN, Rachel; PASKULIN, Lisiane Manganelli Girardi; PRIEB, Rita Gigliola Gomes. Prevalência de sintomas depressivos entre idosos em um serviço de emergência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, n. 2, p. 307-317, 2015.

DUARTE, Meirelayne Borges; REGO, Marco Antônio Vasconcelos. Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 691-700, 2007.

FILHO, Miguel; E.C; ALMEIDA, O.P. **Aspectos psiquiátricos do envelhecimento**. In: PAPALÉO NETTO, Mateus; CARVALHO FILHO, Eurico Tomás. Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica (pp. 63-82). Atheneu. São Paulo, 2000.

FRANK, Mônica Hupsel; RODRIGUES, Nezilour Lobato. **Depressão, Ansiedade, Outros Transtornos Afetivos e Suicídio**. In: FREITAS, Elizabete Viana de, et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 4. ed. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, p.391-396, 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Panorama de Porto Nacional**, 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/to/porto-nacional/panorama>>. Acesso em: 11 de set de 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional de Saúde: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas não transmissíveis**. Rio de Janeiro, 2014.

LAMPERT, Claudia Daiane Trentin; FERREIRA, Vinicius Renato Thomé. Fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos. **Avaliação Psicológica**, v. 17, n. 2, p. 205-212, 2018.

LINO, Valéria Teresa Saraiva et al. Screening for depression in low-income elderly patients at the primary care level: use of the patient health questionnaire-2. **PloSone**, v. 9, n. 12, p. e113778, 2014.

MAGALHÃES, Juliana Macêdo; CARVALHO, Arethusa de Melo Brito; CARVALHO, Samuel Moura; ALENCAR, Delmo de Carvalho; MOREIRA, Wanderson Carneiro; PARENTE, Adriana da Cunha Menezes. Depressão em idosos na estratégia saúde da família: uma contribuição para a atenção primária. **Rev Min Enferm.**, 2016.

NOGUEIRA, Eduardo Lopes; RUBIN, Leonardo Librelotto; GIACOBBO, Sara de Souza; GOMES, Irenio; CATALDO NETO, Alfredo. Rastreamento de sintomas depressivos em idosos na Estratégia Saúde da Família, Porto Alegre. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 3, p. 368-377, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório mundial de envelhecimento e saúde**. Estados Unidos, v. 30, p. 12, 2015.

PARADELA, Emylucy Martins Paiva; LOURENÇO, Roberto Alves; VERAS, Renato Peixoto. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. **Rev Saúde Pública**. 2005

PARADELLA, Rodrigo. **Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017**. Agência IBGE Notícias, 2018. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>>. Acesso em: 11 de set de 2019.

PARK, Mijung; Unützer Jürgen. Geriatric depression in primary care. **Psychiatr Clin North Am.**, 2011.

RIBEIRO, Valéria dos Santos; ROSA, Randson Souza; SANCHES, Gislene de Jesus Cruz; RIBEIRO, Ícaro José Santos Ribeiro; CASSOTTI, Cezar Augusto. Calidad de vida y depresión en idosos en el contexto domiciliar. **Enfermería Actual de Costa Rica**, San José, n. 34, p. 53-66, 2018.

SILVA, Amanda Karla Alves Gomes e; FERNANDES, Flávia Emília Cavalcante Valença; OLIVEIRA, Monique Maiara Almeida de; ALMEIDA, Thainara Kauanne Pacheco ; MELO, Rosana Alves de; GAMA, Thereza Christina da Cunha Lima. Sintomas depressivos em grupos de terceira idade. **Rev. pesqui. cuid. fundam.**, v. 11, n. 2, n. esp, p. 297-303, 2019.

SILVA, Andréia Welter de Barros. **Relação entre os níveis de capacidade funcional e de funcionalidade familiar com a depressão em idosos**. Trabalho de Conclusão de curso (Medicina) - Pedra Branca, 2018.

SILVA, Georgina Élide Matias da; PEREIRA, Silvana Maria; GUIMARÃES, Fernanda Jorge; PERELLI, Jaqueline Galdino Albuquerque; SANTOS, Zailde Carvalho dos. Depressão: conhecimento de idosos atendidos em unidades de saúde da família no município de Limoeiro-PE. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 82-93, 2014.

SOUSA, Karolliny Abrantes de; FREITAS, Fabiana Ferraz Queiroga; CASTRO, Anubes Pereira de; OLIVEIRA, Cecília Danielle Bezerra; ALMEIDA, Anthonio Alisancharles Batista de; SOUSA, Kamilla Abrantes de. Prevalência de sintomas de depressão em idosos assistidos pela estratégia de saúde da família. **Rev. Min. Enferm**, v. 21, 2017.

SOUZA, Andréa dos Santos; SENA, Edite Lago da Silva; MEIRA, Edméia Campos; SILVA, Doane Martins da; ALVES, Marta dos Reis; PEREIRA, Luma Costa. Perfil sociodemográfico e de saúde de idosos com sintomas depressivos. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 21, n. 3, p. 355-360, 2013.

SOUZA, Rosely Almeida; COSTA, Gislaine Desani da; YAMASHITA, Cintia Hitomi; AMENDOLA, Fernanda; GASPARG, Jaqueline Correa; ALVARENGA, Márcia Regina Martins; FACCENDA, Odival. OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. Funcionalidade familiar de idosos com sintomas depressivos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 3, p. 469-476, 2014.

SÖZERI-VARMA, Gülfizar. Depression in the elderly: clinical feature sand risk factors. **Aging and disease**, v. 3, n. 6, p. 465, 2012.

Sobre as autoras e os autores

Aline Maria Marques - Faculdade Presidente Antônio Carlos, acadêmica de medicina, Porto Nacional - TO

Amanda Durando Rebouças - Faculdade Presidente Antônio Carlos, acadêmica de medicina, Porto Nacional - TO

Anna Paula Silva Nogueira - Faculdade Presidente Antônio Carlos, acadêmico de medicina, Porto Nacional - TO

Arthur Alves Borges de Carvalho - Faculdade Presidente Antônio Carlos, Professor e Orientador, Porto Nacional – TO

Daniel Henrique da Silva Luz - Faculdade Presidente Antônio Carlos, acadêmica de medicina, Porto Nacional - TO

Fernando Coelho Barbosa - Faculdade Presidente Antônio Carlos, acadêmico de medicina, Porto Nacional - TO

Flávio Dias Silva - Faculdade Presidente Antônio Carlos, Professor e Orientador, Porto Nacional – TO

Guilherme Assunção Godinho - Faculdade Presidente Antônio Carlos, acadêmico de medicina, Porto Nacional - TO

Guilherme Vaz Burns - Faculdade Presidente Antônio Carlos, Professor e Orientador, Porto Nacional – TO

Hugo Coelho Costa Arruda - Faculdade Presidente Antônio Carlos, acadêmico de medicina, Porto Nacional - TO

Isabelly Miranda Esteves - Faculdade Presidente Antônio Carlos, acadêmico de medicina, Porto Nacional - TO

João Felliipe Bento Borges - Faculdade Presidente Antônio Carlos, Professor e Orientador, Porto Nacional – TO

Júlia Cunha David - Faculdade Presidente Antônio Carlos, acadêmica de medicina, Porto Nacional - TO

Julia Schneider - Faculdade Presidente Antônio Carlos, acadêmica de medicina, Porto Nacional – TO

Karina Rocha Almargo - Faculdade Presidente Antônio Carlos, acadêmica de medicina, Porto Nacional - TO

Leandro Lourenço dos Santos - Faculdade Presidente Antônio Carlos, acadêmico de medicina, Porto Nacional - TO

M^a. Taynara Augusta Fernandes - Faculdade Presidente Antônio Carlos, Professora e Orientadora, Porto Nacional – TO

Ohana de Moura Arruda - Faculdade Presidente Antônio Carlos, Professora e Orientadora, Porto Nacional – TO

Sabriny Nolêto Kasburg - Faculdade Presidente Antônio Carlos, acadêmica de medicina, Porto Nacional - TO

Samira Gêssica Ferreira dos Santos - Faculdade Presidente Antônio Carlos, acadêmica de medicina, Porto Nacional - TO

Sophia Machado Ayres Sardinha - Faculdade Presidente Antônio Carlos, acadêmica de medicina, Porto Nacional - TO

Tathiana Nascimento Marques - Faculdade Presidente Antônio Carlos, Professora e Orientadora, Porto Nacional – TO

Yago Gonçalves Rosa Prestes - Faculdade Presidente Antônio Carlos, acadêmico de medicina, Porto Nacional - TO

