The background of the cover is a teal-colored ECG (heart rate) line on a grid of small dots. The line shows several peaks and troughs, with two prominent sharp peaks on the left and right sides.

DÉBORA DE SOUZA AYRES
SABRINE SILVA MESSIAS FURTADO
VALCIRLEI DE ARAÚJO
(ORGANIZADORES)

SAÚDE EM FOCO

EDITORA INOVAR

SAÚDE EM FOCO

DÉBORA DE SOUZA AYRES
SABRINE MESSIAS FURTADO
VALCIRLEI DE ARAÚJO

SAÚDE 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.

Débora de Souza Ayres; Sabrine Messias Furtado; Valcirlei de Araújo (Organizadores).

Saúde em foco. Campo Grande: Editora Inovar, 2019. 71p.

ISBN: 978-65-80476-30-5

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

AS PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTALIDADE EM NEONATOS NO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL ENTRE OS ANOS DE 2010 E 2017 07

Annelise Palácio da Costa

Vívian Marina Regis Pedreira

Celiana Ribeiro Pereira de Assis

Capítulo 2

AVALIAÇÃO DA ADESÃO DA POPULAÇÃO AO ATENDIMENTO NOTURNO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL- TO 23

Patrícia Camponogara Fontana

Magalene Gomes Pires Slongo

Tathiana Nascimento Marques

Capítulo 3

INCIDÊNCIA DE SINTOMAS DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO NO CEME DE PORTO NACIONAL 35

Adelson Junior Santos Meira

Railson Carneiro Amaral

Raimundo Célio Pedreira

Capítulo 4

MULHERES PARDAS, JOVENS E SOLTEIRAS SÃO AS PRINCIPAIS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA EM PORTO NACIONAL-TO 46

Fernando Gomes de Sousa

Marllon Cardozo Vieira Rocha

Felipe Camargo Munhoz

Capítulo 5

SÍNDROME DO PÉ DIABÉTICO: CONSEQUÊNCIA DE UM TRATAMENTO INEFICAZ 57

Débora de Souza Ayres

Sabrine Silva Messias Furtado

Valcirlei de Araújo

Sobre as autoras e os autores

68

Capítulo 1

7

AS PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTALIDADE EM NEONATOS NO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL ENTRE OS ANOS DE 2010 E 2017**MAIN CAUSES OF MORTALITY IN NEONATES IN THE NATIONAL PORT COUNTRY BETWEEN 2010 AND 2017**Annelise Palácio da Costa¹Vívian Marina Regis Pedreira²Celiana Ribeiro Pereira de Assis³**RESUMO**

Os óbitos neonatais são aqueles que acontecem entre o primeiro e vigésimo oitavo dia de vida. Tais registros integram o coeficiente de mortalidade infantil, um importante marcador de saúde da população, pois contempla sobre diversos fatores sociais. A partir da análise das principais causas de mortes neonatais é possível criar políticas públicas específicas para reduzir a quantidade de óbitos evitáveis, além de garantir o acesso da gestante ao serviço de saúde. O presente trabalho foi realizado através de uma análise transversal, descritiva, quantitativa e retrospectiva dos dados colhidos na Vigilância Epidemiológica do município e no sistema de informações online do SUS (DATASUS). Foram verificadas como variáveis a idade da mãe, o tipo de parto, o peso da criança ao nascer, o sexo da criança e a causa do óbito segundo o CID-10. A partir dos dados colhidos foi possível perceber que quanto à quantidade de óbitos neonatais o município de Porto Nacional apresenta um cenário semelhante ao do estado do Tocantins, percebendo que aproximadamente 80% dos óbitos são enquadrados como neonatais precoces. Durante o período analisado 81% dos óbitos neonatais no município foram enquadrados como evitáveis. Esse cenário sustenta a tese que é necessário garantir um pré-natal de qualidade para então evitar tais mortes. É perceptível que os óbitos neonatais no município sejam decorrentes de condições desfavoráveis de assistência a gestante e ao recém-nascido.

Palavras-chaves: Mortalidade Neonatal. Coeficiente de Mortalidade Infantil. Óbitos Evitáveis.

ABSTRACT

Neonatal deaths are those that occur between the first and twenty-eight day of life. These records integrate the infant mortality coefficient, an important marker of population health, as it contemplates various social factors. From the analysis of the main causes of neonatal deaths,

¹ Acadêmica do Curso de Medicina – Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos – ITPAC/PORTO

² Acadêmica do Curso de Medicina – Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos – ITPAC/PORTO

³ Professora no Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos ITPAC/PORTO (Orientadora).

it is possible to create specific public policies to reduce the number of preventable deaths, besides guaranteeing the pregnant woman's access to the health service. The present work was carried out through a cross-sectional, descriptive, quantitative and retrospective analysis of data collected from the Epidemiological Surveillance of the municipality and the SUS online information system (DATASUS). Mother's age, type of delivery, birth weight, gender and cause of death according to ICD-10 were considered as variables. From the collected data, it was possible to notice that regarding the amount of neonatal deaths, the city of Porto Nacional presents a scenario similar to the state of Tocantins, realizing that approximately 80% of deaths are classified as early neonatal. During the period analyzed 81% of neonatal deaths in the municipality were classified as preventable. This scenario supports the thesis that it is necessary to guarantee a quality prenatal in order to avoid such deaths. It is noticeable that neonatal deaths in the city are due to unfavorable conditions of care for pregnant women and newborns.

Keywords: Neonatal Mortality. Infant Mortality Coefficient. Avoidable deaths.

1 INTRODUÇÃO

O coeficiente de mortalidade infantil é reconhecido como um dos melhores e mais sensíveis indicadores de saúde, pois a morte de crianças menores de um ano é diretamente influenciada por diversos fatores como condições de pré-natal, gravidez, história materna, procedimentos perinatais, idade materna, condições e tipo de parto, condições socioeconômicas, prematuridade e outros. Essa taxa contempla sobre indicadores sociais, além de refletir na qualidade de vida e permitir analisar situações de desigualdade que demandem ações e serviços específicos para informação de processos avaliativos, de planejamento e gestão de políticas e ações de saúde direcionadas para a atenção infantil e ao pré-natal.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) o Brasil apresenta tendência decrescente na taxa de mortalidade infantil: em 1980 era de 69,1 óbitos para 1000 nascidos vivos; em 2010 esse número caiu para 17,2; e em 2016 chegou a 13,3. Relatório divulgado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), aponta que o índice de mortalidade na infância caiu cerca de 77% entre os anos de 1992 e 2014. Apesar do declínio observado no Brasil, a mortalidade infantil continua sendo uma grande preocupação em saúde pública.

Diversos fatores têm contribuído para a mudança no perfil de mortalidade infantil, entre os quais se destacam: aumento do acesso ao saneamento básico, queda da taxa de fecundidade, melhoria geral das condições de vida, da segurança alimentar e nutricional e do grau de instrução das mulheres, maior acesso aos serviços de saúde e ampliação da cobertura da Estratégia de Saúde da Família, avanço das tecnologias médicas, em especial a imunização e

terapia de reidratação oral, o aumento da prevalência do aleitamento materno, entre outros (BRASIL, 2009).

O coeficiente de mortalidade infantil integra os componentes neonatal e pós-neonatal, e é um importante marcador social para o país, refletindo as condições de vida da população, e possibilitando a formulação de estratégias que permitam o seu controle. Segundo o Sistema Único de Saúde (SUS) a mortalidade neonatal pode ser subdivida em neonatal precoce, que são os casos que ocorreram durante os primeiros sete dias de vida, e neonatal tardia, sendo os ocorridos após o sétimo dia, mas antes de 28 dias completos de vida.

A redução da mortalidade neonatal foi assumida como umas das metas para a diminuição das desigualdades regionais no país em 2009 sob a coordenação do Ministério da Saúde. O objetivo traçado foi de reduzir em 5% as taxas de mortalidade neonatal nas regiões da Amazônia Legal e do nordeste brasileiro (BRASIL, 2011).

Atualmente, a mortalidade neonatal é responsável por quase 70% das mortes no primeiro ano de vida e o cuidado adequado ao recém-nascido tem sido um dos desafios para reduzir os índices de mortalidade infantil (BRASIL, 2011).

Fazer uma análise das principais causas de mortalidade neonatal tem sua importância no fato de que a maioria desses óbitos, segundo a literatura, podem ser evitados, e ao se ter conhecimento é possível traçar meios de reduzi-los.

Este trabalho tem como objetivos levantar a quantidade de óbitos em neonatos no município de Porto Nacional entre os anos de 2010 e 2017 e reconhecer as principais causas. Além de fazer essa quantificação será abordado uma relação dos óbitos com as causas evitáveis e não evitáveis, tornando então possível uma compreensão de como os óbitos evitáveis poderiam ser prevenidos.

2 METODOLOGIA

2.1 DESENHO DE ESTUDO

O presente estudo foi uma análise transversal, descritiva e retrospectiva de dados colhidos no sistema do DATASUS e na Vigilância Epidemiológica do município de Porto Nacional – TO.

2.2 LOCAL E PERÍODO DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

O estudo foi realizado durante o período de 2019/2 na Faculdade Presidente Antônio Carlos (FAPAC/ITPAC- Porto Nacional/TO).

2.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população é composta pelos nascidos vivos registrados no município de Porto Nacional – TO no período de 2010 a 2017.

A amostra é composta pelos casos de óbitos entre o primeiro e vigésimo oitavo dia de vida no município de Porto Nacional – TO no período de 2010 a 2017.

2.4 CRITÉRIO DE INCLUSÃO

Foram selecionados como critérios de inclusão os dados obtidos nos anos de 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016 e 2017, que ocorreram em Porto Nacional – TO, não sendo necessário a mãe residir no mesmo município.

2.5 CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

Foram selecionados como critérios de exclusão os casos não registrados em Porto Nacional – TO, os que não foram registrados pela Vigilância Epidemiológica do município e os que foram notificados sem identificação da zona de residência.

2.6 VARIÁVEIS

Para o estudo foram selecionadas as seguintes variáveis: idade da mãe, tipo de parto, peso da criança ao nascer, sexo da criança e a causa do óbito segundo o CID-10, favorecendo uma análise estatística fidedigna dos dados colhidos.

2.7 INSTRUMENTO DE COLETAS DE DADOS, ESTRATÉGIA DE APLICAÇÃO, ANALISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS

O Tabnet é um tabulador de dados de uso geral desenvolvido pelo DATASUS que permite a realização de tabulações rápidas a partir de dados dos sistemas de informação do

SUS. Em tal sistema serão colhidos os dados de nascidos vivos e mortes neonatais entre 2010 e 2017 no estado do Tocantins por meio de acesso virtual.

Os dados referentes aos nascidos vivos e óbitos neonatais em Porto Nacional – TO serão colhidos na Vigilância Epidemiológica de forma presencial. Essas informações serão obtidas através do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) e o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Tais sistemas também foram desenvolvidos pelo DATASUS.

Os dados coletados foram examinados, analisados e apresentados na forma de gráficos e tabela abrangendo as variáveis que foram definidas.

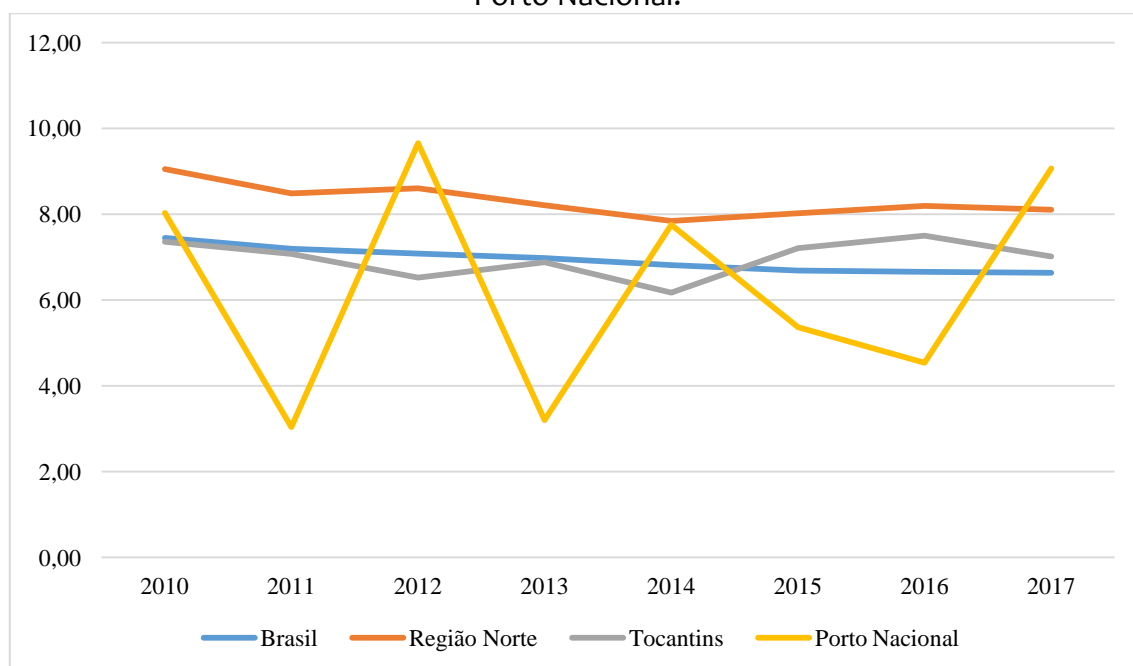
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No estado do Tocantins, entre 2010 e 2017, foram registrados 1.717 óbitos neonatais pelo SIM, sendo 68 no município de Porto Nacional. Considerando os casos registrados no estado, 79,60% (n=1.367) ocorreram dentro no período neonatal precoce e 20,40% (n=350) no período neonatal tardio. O número total de nascidos vivos, considerando o Tocantins como o local de residência da mãe, contabilizou 196.339 no período. A taxa de mortalidade neonatal precoce foi de 6,96 por mil nascidos vivos, e 1,78 na mortalidade neonatal tardia.

O cenário no município de Porto Nacional, foi semelhante ao do estado o qual pertence, obtendo, no período de 2010 a 2017, uma taxa de mortalidade neonatal precoce de 6,34 por mil nascidos vivos, e 1,95 na mortalidade neonatal tardia.

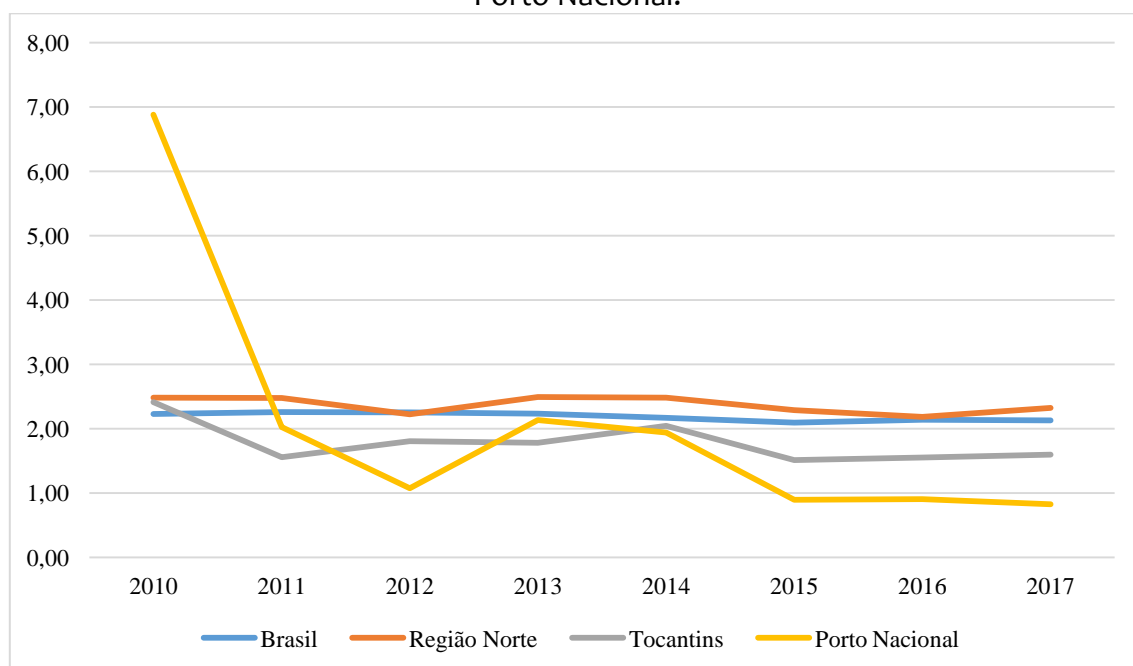
As próximas figuras mostram um comparativo das taxas de mortalidade neonatal precoce e tardia entre o Brasil, a região Norte, o estado do Tocantins, e o município de Porto Nacional.

Figura 1 – Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce no Brasil, na região Norte, no Tocantins e em Porto Nacional.



Fonte: Elaborado a partir dos dados do SIM pelas autoras.

Figura 2 – Taxa de Mortalidade Neonatal Tardia no Brasil, na região Norte, no Tocantins e em Porto Nacional.

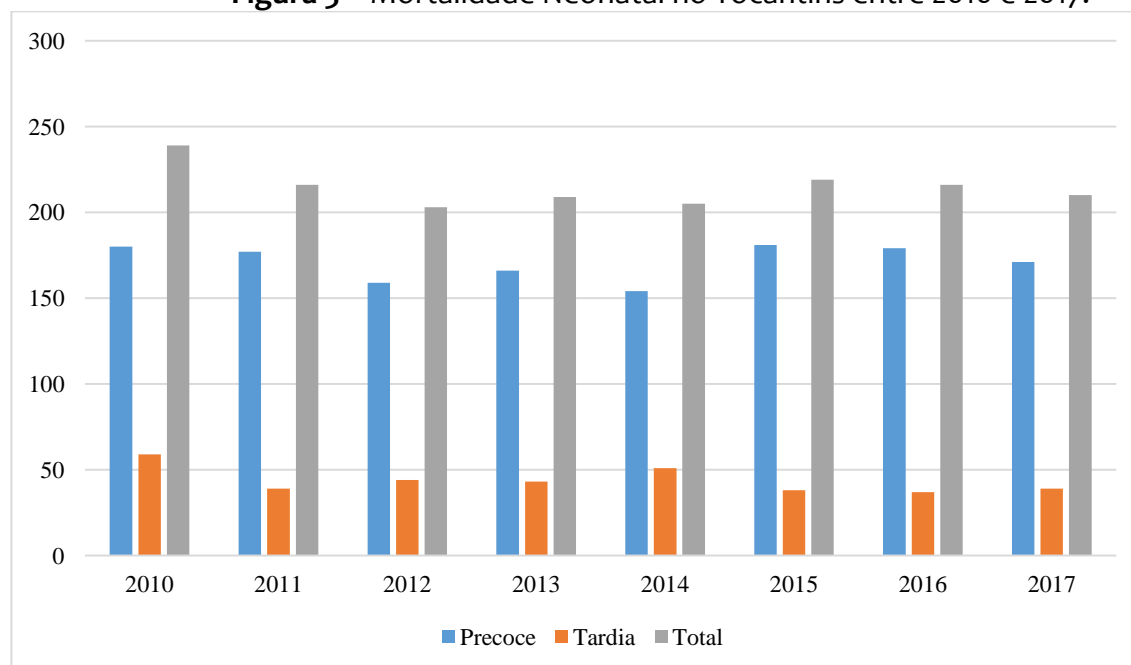


Fonte: Elaborado a partir dos dados do SIM pelas autoras.

A diferença na quantidade de óbitos precoces e tardios é evidenciada nas figuras 2 e 3, mostrando uma desproporção entre os dois períodos. No estado a quantidade de mortes precoces corresponde, em média, a 80% dos casos, e no município a 76%. Evidenciando assim a

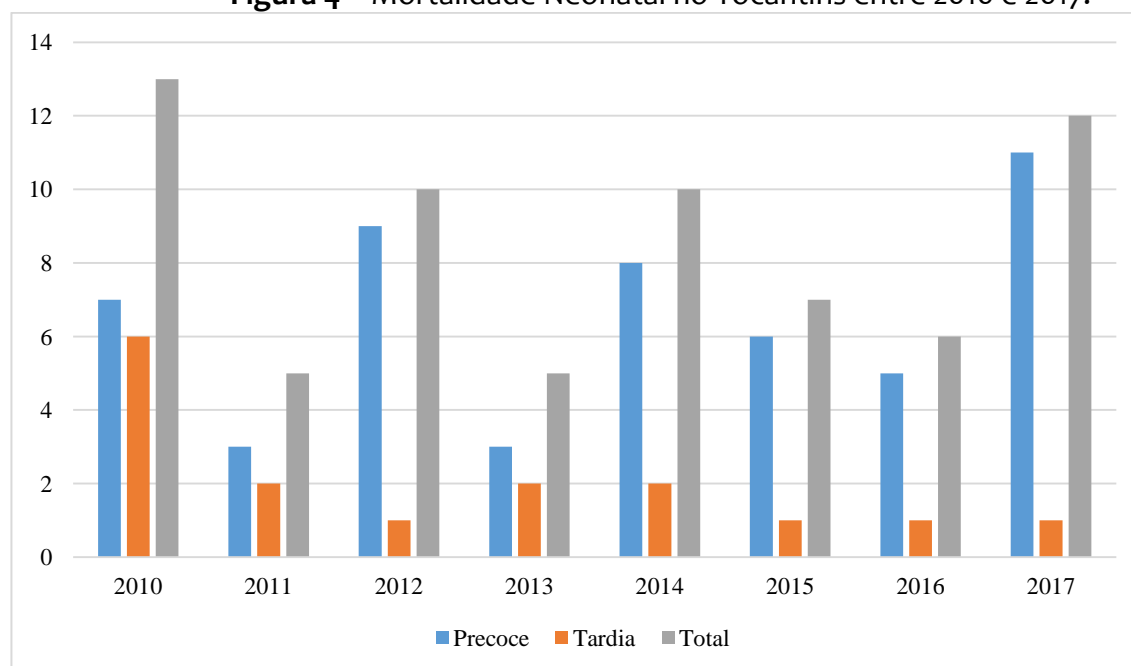
importância cada vez maior do componente neonatal precoce na constituição da mortalidade infantil, o que tem levado a inúmeros estudos sobre as causas e fatores determinantes das mortes neste período.

Figura 3 – Mortalidade Neonatal no Tocantins entre 2010 e 2017.



Fonte: Elaborado a partir dos dados do SIM pelas autoras.

Figura 4 – Mortalidade Neonatal no Tocantins entre 2010 e 2017.



Fonte: Elaborado a partir dos dados do SIM pelas autoras.

A Tabela 1 apresenta o número de casos e o percentual segundo a idade da mãe, o tipo de parto, o peso da criança ao nascer, o sexo da criança e a causa do óbito.

Tabela 1 - Idade da mãe, tipo de parto, peso da criança ao nascer, sexo da criança e causa do óbito segundo o CID-10, em Porto Nacional – TO, de 2010 a 2017.

Variáveis	n	%
Idade da mãe		
12-18	14	20,59
19-29	30	44,12
30-39	12	17,65
40-49	4	5,88
Não informado	8	11,76
Tipo de parto		
Vaginal	37	54,41
Cesárea	27	39,71
Não informado	4	5,88
Peso da criança ao nascer		
< 1000g	27	39,71
1000 – 1500 g	10	14,71
1500 – 2500 g	6	8,82
> 2500 g	21	30,88
Não informado	4	5,88
Sexo da criança		
Masculino	32	47,06
Feminino	36	52,94
Causa do óbito – Capítulo do CID-10		
I	1	1,47
XVI	55	80,88
XVII	12	17,65

Fonte: Elaborado a partir dos dados do SIM pelas autoras.

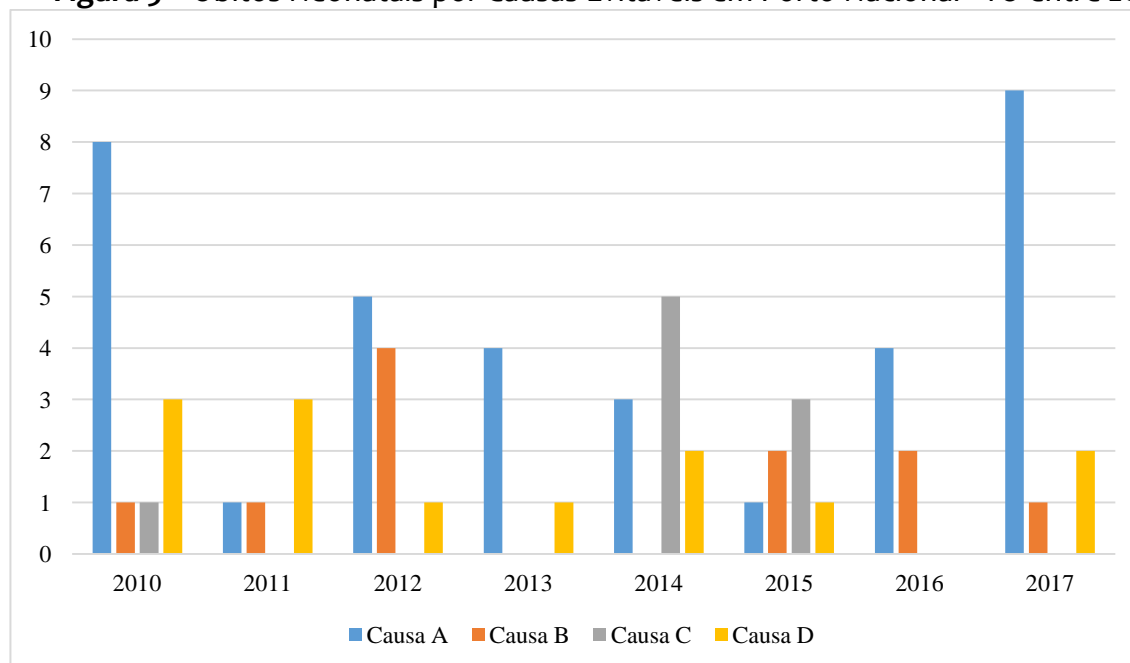
Vale considerar que as causas do óbito foram classificadas segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), que é publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e visa padronizar a codificação de doenças e outros problemas relacionados à saúde. As causas expostas na tabela anterior estão relacionadas aos seguintes capítulos classificatórios:

- Capítulo I – algumas doenças infecciosas e parasitárias;
- Capítulo XVI – algumas afecções originadas no período perinatal;
- Capítulo XVII – Malformações congênicas, deformidades e anomalias cromossômicas.

Considerando os dados relacionados aos óbitos evitáveis obtidos pelo acesso ao SIM, constatou-se que 81% dos óbitos neonatais em Porto Nacional entre 2010 e 2017 estão relacionados a questões evitáveis, sendo mostrados os dados na tabela 5.

Os óbitos evitáveis são definidos como aqueles preveníveis, total ou parcialmente, por ações efetivas dos serviços de saúde que estejam acessíveis em um determinado local e época. Muitos óbitos neonatais são considerados preveníveis a partir de adequado acesso e garantia de assistência de qualidade no pré-natal, parto e puerpério (GAIVA; FUJIMORI; SATO, 2015).

Figura 5 – Óbitos Neonatais por Causas Evitáveis em Porto Nacional - TO entre 2010 e 2017.



Fonte: Elaborado a partir dos dados do SIM pelas autoras.

As causas de óbitos evitáveis em menores de 5 anos são apontadas em uma lista de tabulação disponível no DATASUS, que segue em anexo, sendo as causas mostradas no gráfico referidas aos seguintes agrupamentos da lista.

- Causa A (1.2.1) – Reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação;
- Causa B (1.2.2) – Reduzíveis por adequada atenção à mulher no parto;
- Causa C (1.2.3) – Reduzíveis por adequada atenção ao recém-nascido;
- Causa D (3) – Demais causas (não claramente evitáveis).

A mortalidade neonatal sofreu um declínio no Brasil entre os anos de 2010 e 2017, indo de 27.687 óbitos para 25.608. Porém é um fator que ainda é considerado como uma grande preocupação de saúde pública no país e no mundo. Apesar da queda, os níveis ainda são considerados elevados e incompatíveis com o desenvolvimento do país. Analisando essa perspectiva, sabe-se que o sistema e os serviços de saúde têm papel fundamental na efetivação de políticas públicas que combatam e contribuam para redução desses níveis no país. (CUNHA et al., 2014).

A redução da mortalidade infantil é um desafio para os serviços de saúde e a sociedade como um todo. Essas mortes precoces podem ser consideradas evitáveis, em sua maioria, desde que garantido o acesso em tempo oportuno a serviços qualificados de saúde. As intervenções dirigidas à essa redução dependem de mudanças estruturais relacionadas às condições de vida da população, assim como de ações diretas definidas pelas políticas públicas de saúde.

Entre os anos de 2010 e 2017 não é possível perceber uma discrepância entre a quantidade de óbitos, porém a quantidade no período neonatal precoce é relativamente maior que no tardio. Em Porto Nacional, de 2016 para 2017, o número de óbitos neonatais dobrou, levando a percepção que esse ainda é um problema de saúde pública.

A mortalidade infantil é atribuída a diversos fatores, mas é fundamental a formulação de estratégias que permitam seu controle, como uma assistência adequada à mulher durante a gravidez e o parto e, principalmente, um acompanhamento cuidadoso das mães em gestação considerada de risco (CUNHA et al., 2014).

Potrich et al. (2011) considera que o peso da criança, a escolaridade da mãe e o tipo de parto influenciam diretamente nos números da mortalidade infantil. Salvagioni e Schohi (2012) afirmam que o parto cesária indica cinco vezes mais óbitos neonatais que o normal, porém ainda

é o mais escolhido pelas mulheres. O estado da mulher durante a gestação também pode ser evidenciado como alto índice de risco, nos casos de patologias no decorrer da gravidez, ou pré-natal não realizado ou feito de forma incompleta.

Um efetivo pré-natal pode ser um determinante para evitar a mortalidade infantil e uma baixa qualidade na atenção pré-natal tem mostrado uma associação considerável com os óbitos, reforçando a necessidade de melhorias na atenção à gestante (CUNHA et al., 2014).

Portanto, é preciso que os serviços de saúde ofereçam uma assistência que atenda às necessidades das usuárias e tracem estratégias que visam garantir um pré-natal de qualidade. Tais serviços devem ser adequadamente conduzidos e organizados em sistemas hierarquizados e regionalizados de forma a garantir acessibilidade à gestante, objetivando detectar precocemente eventuais patologias maternas e fetais, a fim de reduzir os riscos e assim melhorar os índices (CUNHA et al., 2014).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O elevado percentual de óbitos neonatais evitáveis por meio de uma adequada atenção no âmbito do SUS sinaliza que há, no município de Porto Nacional, condições desfavoráveis de assistência à gestante e ao recém-nascido que reforçam a necessidade de investimentos na estrutura dos serviços e capacitação dos profissionais, com vistas à melhoria da qualidade da atenção prestada à mulher nos serviços de atendimento pré-natal e ao neonato, especialmente os cuidados prestados no pós-parto imediato.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. **Atenção à Saúde do Recém-Nascido**. Brasília, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal**. 2ª ed. Brasília, 2009.

CUNHA, A. R. et al. Principais causas da mortalidade infantil na região oeste de Santa Maria – RS. *Disciplinarum Scientia*. Série: Ciências da Saúde, Santa Maria, v. 15, n. 2, p. 261-268, 2014.

GAIVA, M. A. M.; FUJIMORI, E.; SATO, A. P. S. Mortalidade neonatal: análise das causas evitáveis. *Rev. Enfermagem UERJ*. v. 23, n. 2, p. 247-253, 2015.

POTRICH, T. Mortalidade infantil segundo características da mãe e gestação na cidade de Santa Maria, RS. **Rev. Enfermagem UFSM**. v.1, n. 3, p. 343-359, 2011.

SALVAGIONI, D. A. J.; SCOCHI, M. J. Perfil de la mortalidade de niños menores de cinco años en Maringa-Paraná de 1996-2006. **Rev. Enfermagem UFSM**. v.2, n. 3, p. 641-647, 2012.

ANEXOS

ANEXO 1 – LISTA DE TABULAÇÃO

Lista de Tabulação de Causas Evitáveis de menores de 5 anos

CID-10 - Lista de Tabulação de Causas Evitáveis de menores de 5 anos

Agrupamento	Elemento da Tabela	Códigos da CID-10
1.	Causas evitáveis	
1.1.	Reduzível pelas ações de imunização	
	Tuberculose do sistema nervoso	A17
	Tuberculose miliar	A19
	Tétano neonatal	A33
	Tétano	A35
	Difteria	A36
	Coqueluche	A37
	Poliomielite aguda	A80
	Sarampo	B05
	Rubéola	B06
	Hepatite aguda B	B16
	Caxumba	B26
	Meningite por <i>Haemophilus</i>	G00.0
	Síndrome da rubéola congênita	P35.0
	Hepatite viral congênita	P35.3
1.2.1.	Reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação	
	Sífilis congênita	A50
	Doenças pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV]	B20-B24
	Algumas situações de feto e recém-nascido afetados por complicações da placenta e das membranas	P02.2-P02.3, P02.7-P02.9
	Feto e recém-nascido afetados por afecções maternas, não obrigatoriamente relacionadas com a gravidez atual, e por influências nocivas transmitidas ao feto via placenta ou leite materno	P00, P04
	Feto e recém-nascido afetados por complicações maternas da gravidez	P01
	Crescimento fetal retardado e desnutrição fetal	P05
	Transtornos relacionados com a gestação de curta duração e peso baixo ao nascer, não classificados em outra parte	P07
	Síndrome da angústia respiratória do recém-nascido	P22.0
	Hemorragia pulmonar originada no período perinatal	P26
	Hemorragia intracraniana não traumática do feto e do recém-nascido	P52
	Isoimunização Rh ou ABO do feto e do recém-nascido	P55.0-P55.1
	Outras doenças hemolíticas do feto e do recém-nascido devido a isoimunização	P55.8-P55.9, P56-P57
	Enterocolite necrotizante do feto e do recém-nascido	P77
1.2.2.	Reduzíveis por adequada atenção à mulher no parto	
	Feto e recém-nascido afetados por placenta prévia e por	P02.0-P02.1

CID-10 - Lista de Tabulação de Causas Evitáveis de menores de 5 anos

Agrupamento	Elemento da Tabela	Códigos da CID-10
	outras formas de descolamento da placente e hemorragia	
	Feto e recém-nascido afetados por afecções do cordão umbilical	P02.4-P02.6
	Feto e recém-nascido afetados por outras complicações do trabalho de parto e do parto	P03
	Transtornos relacionados com a gestação prolongada e peso elevado ao nascer	P08
	Traumatismo de parto	P10-P15
	Hipóxia intrauterina e asfixia ao nascer	P20-P21
	Síndrome de aspiração neonatal, exceto de leite e alimento regurgitados	P24.0-P24.2, P24.8-P24.9
1.2.3.	Reduzíveis por adequada atenção ao recém-nascido	
	Transtornos respiratórios específicos do período neonatal	P22.1, P22.8-P22.9, P23, P25, P27-P28
	Infecções específicas do período neonatal, exceto síndrome da rubéola congênita e hepatite viral congênita	P35.1-P35.2, P35.4-P35.9, P36-P39
	Hemorragia neonatal, exceto intracraniana não-traumática	P50-P51, P53-P54
	Outras icterícias neonatais	P58-P59
	Transtornos endócrinos e metabólicos transitórios específicos do feto e do recém-nascido	P70-P74
	Outros transtornos hemotológicos do feto e do recém-nascido	P60-P61
	Transtornos do aparelho digestivo do feto ou do recém-nascido, exceto enterocolite necrotizante	P75-P76, P78
	Afecções que comprometem o tegumento e a regulação térmica do feto e do recém-nascido	P80-P83
	Outros transtornos originados no período perinatal (exceto P95 e P96.9)	P90-P94, P96.0-P96.8
1.3.	Reduzíveis por ações de diagnóstico e tratamento adequado	
	Tuberculose respiratória, com confirmação bacteriológica e histológica	A15
	Tuberculose das vias respiratórias, sem confirmação bacteriológica ou histológica	A16
	Tuberculose de outros órgãos	A18
	Meningite bacteriana, não classificada em outra parte (exceto por <i>Haemophilus</i>) ou devida a outras causas e a causas não especificadas	G00.1-G00.9, G03
	Infecções agudas das vias aéreas superiores	J00-J06
	Pneumonia	J12-J18
	Outras infecções agudas das vias aéreas inferiores	J20-J22
	Edema da laringe	J38.4
	Doenças crônicas das vias aéreas inferiores, exceto enfisema e outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	J40-J42, J45-J47
	Afecções respiratórias devidas a inalação de produtos químicos, gases, fumaças e vapores e pneumonite devida a sólidos e líquidos	J68-J69

CID-10 - Lista de Tabulação de Causas Evitáveis de menores de 5 anos

Agrupamento	Elemento da Tabela	Códigos da CID-10
	Outras doenças causadas por clamídias	A70-A74
	Outras doenças bacterianas	A30-A32, A38-A41, A46, A49
	Hipotireoidismo congênito	E03.0-E03.1
	Diabetes mellitus	E10-E14
	Fenilcetonúria clássica	E70.0
	Deficiência congênita de lactase	E73.0
	Epilepsia e estado de mal epilético	G40-G41
	Síndrome de Down	Q90
	Infecção do trato urinário de localização não especificada	N39.0
	Febre reumática aguda e doenças reumáticas crônicas do coração	I00-I09
1.4.	Reduzíveis por ações promoção à saúde vinculadas a ações de atenção	
	Doenças infecciosas intestinais	A00-A09
	Algumas doenças bacterianas zoonóticas	A20-A28
	Febres por arbovírus e febres hemorrágicas virais	A90-A99
	Rickettsioses	A75-A79
	Raiva	A82
	Doenças devidas a protozoários	B50-B64
	Helminthiasis	B65-B83
	Doenças infecciosas, outras e as não especificadas	B99
	Anemias nutricionais	D50-D53
	Desnutrição e outras deficiências nutricionais	E40-E64
	Depleção de volume	E86
	Acidentes de transporte	V01-V99
	Envenenamento [intoxicação] acidental por exposição a drogas, medicamentos e substâncias biológicas	X40-X44
	Envenenamento [intoxicação] acidental por exposição a outras substâncias nocivas	X45-X49
	Síndrome da morte súbita na infância	R95
	Quedas	W00-W19
	Exposição ao fumo, ao fogo e às chamas	X00-X09
	Exposição às forças da natureza	X30-X39
	Afogamento e submersão acidentais	W65-W74
	Outros riscos acidentais à respiração	W75-W84
	Exposição a corrente elétrica, a radiação e a temperatura e pressão extremas do ar ambiental	W85-W99
	Agressões	X85-Y09
	Eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada	Y10-Y34
	Exposição a forças mecânicas inanimadas	W20-W49
	Acidentes ocorridos em pacientes durante a prestação de cuidados médicos e cirúrgicos	Y60-Y69
	Reação anormal em paciente ou complicação tardia causadas	Y83-Y84

CID-10 - Lista de Tabulação de Causas Evitáveis de menores de 5 anos

Agrupamento	Elemento da Tabela	Códigos da CID-10
	por procedimentos cirúrgicos e outros procedimentos médicos sem menção de acidente ao tempo do procedimento	
	Efeitos adversos de drogas, medicamentos e substâncias biológicas usadas com finalidade terapêutica	Y40-Y59
2.	Causas mal definidas	
	Sintomas, sinais e achados anormais, exceto síndrome da morte súbita na infância	R00-R94, R96-R99
	Morte fetal de causa não especificada	P95
	Afecções originadas no período perinatal, não especificadas	P96.9
3.	Demais causas (não claramente evitáveis)	As causas não listadas anteriormente

Capítulo 2

23

AVALIAÇÃO DA ADESÃO DA POPULAÇÃO AO ATENDIMENTO NOTURNO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL- TO

EVALUATION OF POPULATION ADHESION IN A BASIC HEALTH UNIT IN PORTO NACIONAL- TO

Patrícia Camponogara Fontana¹Magalene Gomes Pires Slongo²Tathiana Nascimento Marques³**RESUMO**

Este estudo tem por objetivo avaliar a Adesão da População ao Atendimento Noturno na Unidade Básica de Saúde Maria Lopes na cidade de Porto Nacional- TO. Os dados foram coletados através de questionários destinados aos usuários e profissionais das unidades. Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal com abordagem quantitativa. Foram entrevistados 30 pacientes e 10 profissionais da saúde. Os resultados das entrevistas com os pacientes indicaram uma boa vinculação e satisfação com a Unidade Básica de saúde, ficou explícito que os pacientes concordaram que o atendimento noturno facilitou a adesão aos programas e atividades oferecidas. Os resultados dos funcionários apontaram problemas organizacionais como estrutura física e materiais, além de que foi evidente a insatisfação dos funcionários quanto, principalmente, à valorização do profissional, seja com melhor capacitação, ou com melhoria salarial o que podem se constituir em barreiras que limitam o atendimento na Unidade Básica de Saúde Maria Lopes.

Palavras-chave: Atenção básica; atendimento noturno; acessibilidade à saúde.

ABSTRACT

This study aims to evaluate the population's adherence to night care at the Maria Lopes Basic Health Unit in the city of Porto Nacional-TO. Data were collected through questionnaires intended for users and professionals of the units. This is a descriptive cross-sectional study with a quantitative approach. Thirty patients and 10 health professionals were interviewed. The results of the interviews with the patients indicated a good connection and satisfaction with the Basic Health Unit. It was explicit that the patients agreed that night care facilitated adherence to the programs and activities offered. The results of the employees pointed to organizational problems such as physical and material structure, and it was evident that the dissatisfaction of

¹ Acadêmica do Curso de Medicina – Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos – ITPAC/PORTO.

² Acadêmica do Curso de Medicina – Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos – ITPAC/PORTO.

³ Professora do Curso de Medicina – Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos, Médica.

the employees, especially the valuation of the professional, either with better qualification, or with salary improvement, which may constitute barriers that limit care at the Maria Lopes Basic Health Unit. 24

Keywords: Primary care; night care; health accessibility.

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde, criado pela Lei Orgânica da Saúde no Brasil, determina que seja obrigatório o atendimento público gratuito a qualquer cidadão, não sendo permitida arrecadação de qualquer espécie³. A implantação do SUS trouxe, em 1988, a mudança do modelo de atenção à saúde, passando de um modelo hospitalocêntrico e de caráter curativo, para um modelo voltado para as ações de prevenção e de promoção da saúde¹. Desde então, a universalização do acesso, a integralidade e a territorialização orientam o sistema de saúde pública do Brasil⁵. O Sistema Único de Saúde, nos últimos anos vem mostrando significativos avanços desde a sua criação, entre eles está o Programa de Estratégia Saúde da Família (ESF) contribuindo para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, este, visa tanto prestar assistência na unidade de saúde quanto desenvolver as ações de saúde no domicílio, onde todos os membros de uma família são acompanhados, proporcionando maior acesso e resolubilidade a partir do trabalho de equipes, que assumem a responsabilidade pela população de uma área geográfica definida onde são desenvolvidas ações individuais e coletivas de forma integral^{1,2,5}.

O acesso à saúde é um dos atributos essenciais para o alcance da qualidade nos serviços de assistência, sendo um indicador de universalização do direito à saúde, garantindo o atendimento aos setores mais carentes e resistentes de uma população^{1,2,4}.

Contudo, a acessibilidade aos serviços de saúde no Brasil, tem sido relatada como um dos principais problemas relacionados à assistência primária, o critério geográfico de proximidade da moradia como facilitador do acesso da população aos serviços de saúde não garante a adesão dos usuários, pois outros fatores como a informação, a qualidade do atendimento, a identificação da clientela com o serviço e profissionais, o acolhimento, bem como as dificuldades encontradas no próprio serviço, sentidas pela população para efetivarem o

atendimento que necessitam, prejudicam a relação acesso /utilização da assistência primária à saúde⁹.

Outro fator importante é o horário de funcionamento da Unidade Básica de Saúde, pois o mesmo coincide com o horário de trabalho da população, sendo um fator dificultador para o acompanhamento de saúde por parte de uma parcela significativa da população, resultando no abandono de tratamentos e no déficit de adesão aos programas de promoção/prevenção de saúde oferecidos pela unidade^{1,5}.

Diante desta realidade, este estudo tem como objetivo avaliar a adesão dos pacientes que procuram a Unidade Básica de Saúde Maria Lopes no período noturno e dos profissionais da unidade com a finalidade de buscar recursos para melhorar sua saúde e participar dos programas e atividades oferecidas aos usuários.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal, a partir de dados primários, desenvolvido dentro de uma abordagem quantitativa.

Para avaliar a adesão da população ao atendimento noturno da Unidade Maria Lopes, realizou-se entrevistas com usuários e profissionais da Unidade Básica de Saúde, além da observação sistemática.

Para avaliação da adesão ao atendimento noturno com os usuários e profissionais, as entrevistas realizadas após o atendimento na unidade selecionada.

A pesquisa foi desenvolvida através do instrumento de avaliação na forma de questionário para o usuário e para os profissionais de saúde da Unidade Básica de Saúde Maria Lopes, contendo dados como idade, sexo, escolaridade, renda familiar, atividade laboral, informações relacionadas a doenças, serviços utilizados pelos usuários e a adesão aos programas de saúde ofertados pela UBS, bem como, avaliação do horário de funcionamento da Unidade Básica de Saúde.

As variáveis obtidas foram agrupadas e correlacionadas com a amostra. Logo, foi construída uma planilha com o auxílio do software Excel, contendo as informações relacionadas aos dados colhidos baseados no questionário aplicado. Os resultados foram tratados com testes estatísticos adequados as análises paramétricas e não paramétricas.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisas do ITPAC-Porto. Para a aplicação dos questionários apresentou-se aos entrevistados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, contendo os objetivos da pesquisa e esclarecimentos quanto à participação voluntária, à garantia do direito de não identificação, como também, a possibilidade de a qualquer momento, não mais fazer parte da pesquisa, e da existência de danos ou riscos mínimos à população envolvida.

3 RESULTADOS

Sobre os funcionários que participaram dessa pesquisa, consta que, foram todas do sexo feminino (100%), com idade variando de 24 até acima de 51 anos, havendo maior quantidade entre 31 anos e 50 anos, de acordo com a tabela abaixo.

Tabela 1 - Relação de idade dos funcionários.

IDADE	Nº PACIENTE	%
Entre 18 e 23 anos	0	0
Entre 24 e 30 anos	1	10
Entre 31 e 40 anos	4	40
Entre 41 e 50 anos	4	40
Acima de 51 anos	1	10

Fonte: Tabela elaborada pelos autores mediante informações colhidas na UBS

Quando questionadas sobre o grau de escolaridade, uma afirmou ter ensino fundamental completo (10%), quatro afirmaram ter ensino médio completo (40%), uma tem ensino superior incompleto (10%) e as quatro restantes com ensino superior completo (40%).

As perguntas direcionadas às funcionárias sobre a UBS que trabalham, estão descritas na tabela 2.

Somado ao questionário objetivo, foi interrogado também sobre qual sugestão de melhoria para a UBS que essas funcionárias teriam para dar. As respostas obtidas se resumem a três propostas: melhoria na estrutura física e disponibilidade de insumos, aprimoramento na capacitação profissional e, principalmente, valorização e incentivo ao profissional.

Tabela 2 - Questionário direcionado às funcionárias da UBS Maria Lopes.

VARIÁVEL	AMOSTRA ESTUDADA	
	NÚMERO	%
Na sua opinião, o funcionário da UBS noturna é positivo?		
Sim	10	100
Não	0	0
Na sua opinião, o funcionamento noturno aumentou a procura pelo serviço da UBS?		
Sim	9	90
Não	1	10
Na sua opinião, o número de funcionários alocados nesta UBS é suficiente para o atendimento da população que procura pelo serviço oferecido?		
Sim	10	100
Não	0	0
Na sua opinião, quais são os principais problemas existentes nessa UBS? *		
Estrutura física	3	30
Materiais	3	30
Nº de funcionários	0	0
Outros	6	60
Como você avalia o relacionamento dos profissionais com os usuários dessa UBS?		
Bom	10	100
Indiferente	0	0
Ruim	0	0
Muito ruim	0	0
Qual sua opinião em trabalhar no período noturno?		
Bom	8	80
Indiferente	2	20
Ruim	0	0
Muito ruim	0	0

Fonte: Tabela elaborada pelos autores mediante informações colhidas na UBS.

*Pode haver mais de uma marcação

Dos pacientes participantes da pesquisa, vinte são do sexo feminino (66,7%) e dez do sexo masculino (33,3%). A quantificação relacionada à idade ao grau de escolaridade e à renda mensal estará descrita na tabela 3.

Na tabela 4, a seguir, está descrita a distribuição quantitativa das respostas obtidas do questionário aplicado nos pacientes que participaram da presente pesquisa.

Tabela 3 - Idade, grau de escolaridade e renda mensal dos pacientes que frequentam a UBS Maria Lopes.

VARIÁVEL	AMOSTRA ESTUDADA	
	NÚMERO	%
Idade		
Entre 18 e 23 anos	4	13,3
Entre 24 e 30 anos	3	10
Entre 31 e 40 anos	6	20
Entre 41 e 50 anos	5	16,7
Acima de 51 anos	12	40
Grau de escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	4	13,33
Ensino fundamental completo	5	16,7
Ensino médio incompleto	10	33,3
Ensino médio completo	9	30
Ensino superior incompleto	1	3,3
Ensino superior completo	1	3,3
Renda mensal		
Nenhuma	2	6,7
Aposentadoria	6	20
Beneficiário do Governo	1	3,3
Até um salário mínimo	8	26,7
De 1 a 3 salários mínimos	13	43,3
Acima de 3 salários mínimos	0	0

Fonte: Tabela elaborada pelos autores mediante informações colhidas na UBS.

Além desses dados coletados, ainda foi questionado o motivo da consulta e as respostas obtidas foram: dez consultas para rotina, três referentes ao pré-natal, sete pacientes foram em busca de renovar a receita para medicamentos, três estavam presentes devido o retorno médico, um para consulta ginecológica e apenas duas consultas mais específicas: uma sobre o tratamento de uma lesão na pele e outra sobre o tratamento para diabetes e hipertensão arterial.

Tabela 4 - Questionário direcionado aos pacientes da UBS Maria Lopes.

VARIÁVEL	AMOSTRA ESTUDADA	
	NÚMERO	%
Você utiliza a UBS com frequência? *		
Semanalmente	0	0
Mensalmente	12	40
Quando se encontra doente	18	60
Quais os serviços você costuma usar na UBS Maria Lopes? **		
Consulta médicas	30	96,8
Odontologia	1	3,2
Palestras	0	0
Em sua opinião, o novo horário de funcionamento da UBS facilitou sua adesão aos programas e atividades desenvolvidos nesta unidade? *		
Sim	26	89,7
Não	3	10,3
Algo dificulta sua vinda noturna à UBS? *		
Sim	10	34,5
Não	19	65,5
Se sim, qual o motivo?		
Distância	0	0
Transporte	1	10
Horário	7	70
Segurança	2	20
Qual sua opinião a respeito do atendimento noturno da UBS?		

Ótimo	8	26,7	30
Muito bom	9	30	
Bom	13	43,3	
Ruim	0	0	
Indiferente	0	0	
Além desta UBS, você costuma usar outro serviço da saúde?			
Sim	14	46,7	
Não	16	53,3	
Se sim, quais? **			
Outra UBS	0	0	
UPA	9	60	
HRPN	6	40	

Fonte: Tabela elaborada pelos autores mediante informações colhidas na UBS.

*Houve um questionário sem resposta para essa pergunta; **Pode haver mais de uma marcação

4 DISCUSSÃO

A pesquisa abrangeu apenas funcionárias do sexo feminino com prevalência de faixa etária entre 31 anos a 50 anos. Sobre o sexo ser 100% feminino, a justificativa pode se encontrar no fato de que os questionários foram aplicados para esse grupo ocorreu em apenas um dia (15/10/2019), então deve ser considerado que o efetivo daquele dia pode ter sido predominantemente composto por mulheres.

Com o questionário, foi possível inferir que estas acreditam que o funcionamento noturno da UBS é 100% positivo e que o efetivo de trabalhadores é suficiente, sendo que 80% das entrevistadas acreditam ser bom trabalhar no período noturno e as 20% restantes são indiferentes a essa questão. Quando questionadas sobre o relacionamento entre profissionais e usuários da UBS Maria Lopes, todas foram de comum acordo em caracterizá-lo como boa essa convivência.

Porém, relataram algumas deficiências para que o seu funcionamento seja de maior qualidade, como em uma estrutura física e materiais melhores, entre outros problemas que não foi abrangido por este trabalho. Além de que foi evidente a insatisfação dos funcionários

quanto, principalmente, à valorização do profissional, seja com melhor capacitação, ou com melhoria salarial, ou com disponibilização de insumos suficientes e de qualidade de forma que a produtividade dos trabalhos aumentaria diante do aprimoramento dos itens supracitados.

No tocante da distribuição relativa ao sexo, é visível que a população feminina é mais prevalente que a masculina nesta pesquisa. Isto mostra uma realidade que, infelizmente, é mais comum da cultura brasileira, no qual as mulheres têm mais cuidado com a saúde do que os homens refletindo diretamente na qualidade e expectativa de vida, onde “segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a expectativa de vida ao nascer, em 2019, é de 80 anos para mulheres e de 73 anos para homens”².

A faixa etária mais participante corresponde àquela acima de 51 anos (40%), sendo compatível com a idade em que aumenta a necessidade de acompanhamento médico. Seguido a esse grupo, a idade entre 31 anos e 40 anos ficou em segundo lugar, com 20% do total. Considerando que a maioria corresponde ao sexo feminino, a procura por atendimento nessa fase se justificaria por ser o período em que há maiores alterações hormonais devido, principalmente, à pré-menopausa.

Quanto ao grau de escolaridade, 93,3% dos pacientes alcançaram até, no máximo, o ensino médio completo, sendo que apenas um chegou a concluir o ensino superior. De forma complementar, 6,7% não possui nenhuma fonte de renda mensal, 20% recebem aposentadoria, 3,3% são beneficiários do governo, 26,7% recebem até um salário mínimo e 43,3% recebem de 1 a 3 salários mínimos, não havendo nenhum com renda maior que tal. Essa análise mostra a necessidade de continuidade e disponibilidade do atendimento de saúde acessível que o SUS (Sistema Único de Saúde) possui, pois é evidente que a população que mais é beneficiada é aquela mais carente de recursos.

No que se refere às perguntas direcionadas à funcionalidade da UBS Maria Lopes, foi possível concluir que a maior procura ocorre quando a pessoa percebe estar adoecendo (60%), mas há aqueles que fazem um acompanhamento mensal (40%), sendo que os últimos correspondem a um número fixo de atendimentos que contribui para a necessidade de funcionamento noturno para suprir demanda, principalmente quando há aumento devido a surtos de doenças, por exemplo, como as afecções sazonais.

Esses resultados corroboram com os de Medeiros et al.⁷ em que foi relatada alta procura pelos serviços básicos por serem resolutivos em relação aos problemas de saúde. A

facilidade de acesso geográfico à Unidade Básica de Saúde também foi considerada adequada pelos usuários nos estudos de Jesus et al.⁷ e de Azevedo et al.¹.

Dos entrevistados, apenas um diz que costuma fazer consultas odontológicas, além de consulta médica, de forma que fica claro que a odontologia e a parte social correspondente a palestras são ações de segundo plano, no qual talvez necessite de mudança de métodos para maior adesão da população.

Segundo Cunha et al.⁴ a pouca adesão pelas atividades educativas demonstra dificuldades na implementação das estratégias básicas preconizadas para a Estratégia da Saúde da Família. A Política Nacional de Humanização preconiza que a comunicação entre profissionais e usuários não deve acontecer apenas dentro dos consultórios, mas de uma forma permanente e continuada nos demais lugares da Unidade, resultados também encontrados em outros estudos³.

Alguns autores destacam que a sala de espera seria um local para o desenvolvimento de educação em saúde, além do que diminuiria o descontentamento com o tempo de espera beneficiando tanto os usuários quanto os profissionais em virtude da interação e troca de conhecimentos entre os mesmos^{1,6,9,10}.

Sobre o funcionamento noturno da UBS, ficou explícito que os pacientes concordaram que o novo horário facilitou a adesão aos programas e atividades do local (89,7%). Porém, um número ainda expressivo de pessoas afirma que há dificuldade em ir durante a noite (34,5%), apresentando como motivos: o transporte (10%), o horário (70%) e a segurança (20%). Destacando assim, que 23,3% não se adapta a essa novidade justamente devido a hora.

Sobre o respeito no atendimento noturno, não houve paciente que classificou como “ruim” ou “indiferente”, mas a maioria classificou apenas como “bom” (43,3%), de forma a afirmar uma necessidade de melhoria desse relacionamento, para que haja mais adeptos a esse horário equilibrando a distribuição dos atendimentos diurnos e noturnos para que não ocorra sobrecarga.

Uma pesquisa realizada por Souza et al.⁹ mostrou que pessoas que trabalham em tempo integral apresentam maior dificuldade no acesso aos serviços básicos de saúde em decorrência da indisponibilidade de atendimento fora do horário normal de trabalho.

Há um número significativo de pessoas que disseram utilizar outro serviço de saúde (46,7%), com distribuição de 60% utilizando a UPA (Unidade de Pronto Atendimento) e 40%, o Hospital Regional de Porto Nacional. Mostrando que um dos princípios organizativos, a

hierarquização, do SUS está se cumprindo, no qual afirma que “deve proceder à divisão de níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis numa dada região”⁸.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de toda a discussão exposta, fica claro que é vantajoso e há boa adesão ao funcionamento noturno da UBS Maria Lopes, tanto no que se refere aos funcionários como aos pacientes. Pois além de evitar uma sobrecarga no período diurno, ainda possibilita gerar mais fonte de emprego e amplia a disponibilidade de horários para atendimento aos pacientes, facilitando a aceitação e assiduidade da população. Para aqueles que não aderiram ao novo horário, ainda sim fica disponível o período diurno para que seja feita as consultas de acordo com a melhor acessibilidade e preferência.

Vale ressaltar ainda que o atendimento noturno que acontece na UBS é um projeto piloto do município de Porto Nacional o qual acontece apenas 2 a 3 vezes no mês a fim de facilitar o acesso da população que trabalha no horário de funcionamento da unidade, e outras unidades ainda não estão aliadas a esse projeto.

Porém, ainda há necessidade de melhorias como, principalmente, incentivo e valorização do profissional e também na melhoria de estrutura física, disponibilidade de insumos e segurança, assim como, incentivo e participação de outras unidades de saúde do município nesse projeto. Para que assim, essa mudança seja fixa e reconhecida como positiva tanto para os que frequentam quanto para os trabalhadores, com objetivo maior de aumentar a adesão da população a Atenção Primária a Saúde, a fim de trabalhar melhor a prevenção e promoção de saúde e tirar a sobrecarga dos serviços de pronto atendimento.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, A.L.M; COSTA, A.M. **A estreita porta de entrada do SUS: uma avaliação do acesso na estratégia de saúde da família.** Interface Comun. Saúde educ. 2010;14(35): 797-810.

BBC. **Expectativa de vida: por que as mulheres vivem mais do que os homens?** G1: Ciência e Saúde. ©Copyright 2000-2019 Globo Comunicação e Participações S.A, Jan. 2019. Disponível em:

<https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2019/02/05/expectativa-de-vida-por-que-as-mulheres-vivem-mais-do-que-os-homens.html>. Acesso em: 29 Out. 2019.

CORREA, C.R.S. **A avaliação das unidades básicas de saúde segundo os consumidores: a associação entre dados de produção das UBS de Campinas e as avaliações prévia e posterior dos moradores das áreas de cobertura dessas unidades**. Campinas: UNICAMP, 2008.

CUNHA, A.B.O; SILVA, L.M. **Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia**. Cad. Saúde Pública 2010;26(4):725-737.

ESCOREL, S. **Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

JESUS, W.L.A; ASSIS, M.A. **Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento**. Ciências da Saúde Coletiva 2010 jan; 15(1):161-70.

MEDEIROS, F.A; ARAÚJO, G.C.; BARBOSA, A.A.A.; COSTA, I. C. **Acolhimento em Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco**. Rev. Saúde Pública. 2010; 12(3): 581-589.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Princípios do SUS**. Portal do Governo Brasileiro. 2019. Disponível em: <https://saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>>. Acesso em: 29 Out. 2019.

SOUZA, E.C.F; VILAR, R.L.A; ROCHA, N.S.P.D.; UCHOA, A.C. **Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde**. Cad. Saúde Pública 2008;24(Supl. 1):100-110.

TRAVESSOS, C; MARTINS, M. **Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde**. Cad. Saúde Pública 2004;20(Supl. 2):190-198.

Capítulo 3

35

INCIDÊNCIA DE SINTOMAS DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO NO CEME DE PORTO NACIONAL

Adelson Junior Santos Meira¹Railson Carneiro Amaral²Raimundo Célio Pedreira³

RESUMO

A incidência de sintomas do RGE tem relação com os hábitos de vida da população de Porto Nacional, comprovando-se através do levantamento de dados incluindo 124 participantes. Sendo um estudo de abordagem quantitativa, com aplicação de questionários com ênfase ao tabagismo e alcoolismo, a fim de correlacionar os hábitos dos participantes com a incidência dos sintomas DRGE. E após a participação da pesquisa, os participantes receberam um panfleto com medidas que podem ser adotadas para amenizar os sintomas da patologia. Os resultados demonstraram uma maior presença do público feminino, sendo 87 mulheres e 37 homens, uma elevada prevalência das manifestações dos sintomas típicos e baixa prevalência dos sintomas de odinofagia e disfagia. Além de uma associação dos sintomas da DRGE com o tabagismo e alcoolismo, vinculada com um acometimento de sintomas mais evidenciado com o avanço da idade dos pacientes. Desse modo, o grupo dos pacientes demonstrou conhecimento sobre certas manifestações da doença, e após essa coleta de informações, através do estudo adquirido no perfil epidemiológico da população, é possível ter uma abordagem mais específica dos profissionais de saúde com o objetivo em melhorar a qualidade de vida da sociedade.

Palavras-chave: Refluxo, Sintomas, Idade, Hábitos de vida

ABSTRACT

The incidence of GER symptoms is related to the life habits of the population of Porto Nacional, as evidenced by data collection including 124 participants. Being a quantitative approach study, with the application of questionnaires with emphasis on smoking and alcoholism, in order to correlate the participants' habits with the incidence of GERD symptoms. And after participating in the research, participants received a pamphlet with measures that can be taken to alleviate the symptoms of the condition. The results showed a greater presence of the female audience, being 87 women and 37 men, a high prevalence of typical symptom manifestations and a low prevalence of odynophagia and dysphagia symptoms. In addition to an association of GERD symptoms with smoking and alcoholism, linked to a symptom involvement more evident with the advancing age of patients. Thus, the group of patients demonstrated knowledge about

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, acadêmico de medicina, Porto Nacional - TO

certain manifestations of the disease, and after this information collection, through the study acquired in the epidemiological profile of the population, it is possible to have a more specific approach of health professionals aiming to improve the quality. of life of society.

Keywords: Reflux, Symptoms, Age, Life Habits

INTRODUÇÃO

O refluxo gastroesofágico é um distúrbio que acomete boa parte da população, sem faixa etária específica e pode estar relacionado aos hábitos diários, como alimentação, etilismo e tabagismo. Com apresentação de diversos sinais e sintomas que afetam a qualidade de vida.

Segundo Fraga e Martins (2011) o refluxo gastroesofágico (RGE) é caracterizado com o retorno do conteúdo gastroduodenal para o esôfago, independentemente de sua causa. Pode ser manifestado de forma fisiológica ou patológica, sem relação com a idade. Quando não há associação com doenças ou complicações, é nomeado RGE fisiológico. O refluxo patológico, conhecido como doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), possui um prognóstico pior, e abordagens diagnóstica e tratamento distintos.

Segundo Oliveira et al. (2005), índices mais altos de prevalência de sintomas de DRGE tem relevância associada com as mulheres, pessoas não brancas, estado civil (solteiro), baixa escolaridade e renda, idade mais elevada, dificuldade no hábito do sono nas últimas quatro semanas, bem-estar psicológico prejudicado, comportamentos recentes de stress, obesidade, uso do cigarro e ingestão de bebidas alcoólicas.

De acordo com Henry (2014), as principais ocorrências da DRGE são as típicas: pirose e regurgitação ácida, mas também podem ocorrer as atípicas, como tosse crônica, asma, pigarro, pneumonia, bronquiectasia, rouquidão, otite, sinusite, erosão dentária, halitose e afta.

De acordo com o Conselho Federal de Medicina (2003) a durabilidade e continuidade dos sintomas são dados significativos que necessitam estar em constante análise e calculadas. Assim, devem ser apontados como supostos portadores de DRGE, aqueles que manifestam sintomas com periodicidade mínima de duas vezes por semana, em torno de um a dois meses.

Este artigo objetiva avaliar a incidência de sintomas do RGE no CEME de Porto Nacional (Centro de Especialidades Médicas do Município de Porto Nacional), no decorrer do segundo semestre de 2019. Com o propósito de identificar a prevalência das principais manifestações clínicas da DRGE e correlaciona-las com o etilismo e o tabagismo. O que irá proporcionar uma melhor qualidade de vida a população, através da divulgação dos resultados obtidos na

pesquisa, que facilitará o diagnóstico da DRGE para os médicos ao se conhecer melhor o perfil populacional de Porto Nacional.

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, nos meses de agosto e setembro de 2019, à população atendida no CEME de Porto Nacional - TO. Os cidadãos 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 RGE e fatores associados.

A pesquisa foi realizada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Foi apresentado o projeto de pesquisa na recepção aos pacientes presentes no CEME durante todos os dias letivos nos períodos matutino e vespertino, no decorrer dos meses de agosto e setembro de 2019, expondo o TCLE, mediante o esclarecimento dos objetivos da pesquisa e a garantia da privacidade dos participantes. Aos que aceitaram participar da pesquisa mediante assinatura do TCLE, foi aplicado de forma individual, um questionário de sintomas da doença do refluxo gastroesofágico traduzido e adaptado, baseado nos critérios de STANGHELLINI, acompanhado dos testes de CAGE e FAGERSTROM para a coleta de informações sobre a prevalência dos sintomas do RGE e seus fatores de risco no CEME de Porto Nacional- TO. Após responder os questionários, os participantes receberam um panfleto com medidas que podem ser adotadas para amenizar os sintomas da DRGE.

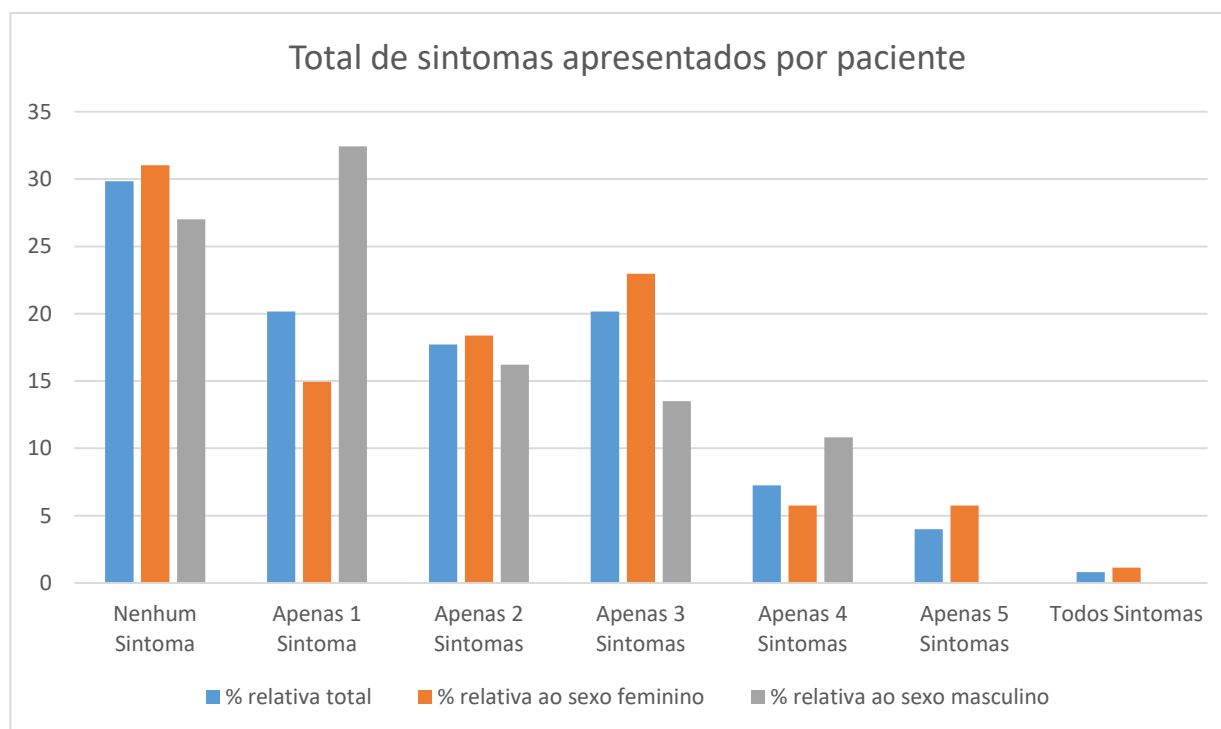
A população foi constituída por pessoas que buscaram atendimento no Centro de Especialidades Médicas. Foram analisados 124 questionários. Os dados obtidos através dos questionários foram analisados e organizados em tabelas e gráficos que serão expostos neste artigo. As variáveis consideradas foram sexo, idade, tabagismo, etilismo, frequência e gravidade dos sintomas.

RESULTADOS

A amostra foi escolhida aleatoriamente por pacientes do Centro de especialidades Médicas de Porto Nacional, que aceitaram participar da pesquisa sendo constituída por, 70% do

sexo feminino, equivalentes a 87 mulheres e 30% do sexo masculino, equivalente a 37 homens, no total de 124 pacientes.

Gráfico 1 Sintomas apresentados por paciente.



Fonte: Elaborado pelos autores

Percebe-se que a maior parte da população estuda apresenta algum sintoma do refluxo gastroesofágico, independentemente do sexo. Apenas 30% dos pacientes totais não manifestaram nenhum sintoma, observa-se que o sexo masculino possui maior ocorrência dos sintomas, mas o sexo feminino apresenta maior número de manifestações combinadas.

Foi utilizada a seguinte legenda para a interpretação da intensidade dos sintomas em todos os dados descritos neste artigo:

Grau 0 - Não sinto;

Grau 1 - Sinto, mas não me incomoda;

Grau 2 - Sinto e me incomoda, mas não todos os dias;

Grau 3 - Sinto e me incomoda todos os dias;

Grau 4 - Sinto e isso atrapalha o que eu faço durante o dia;

Grau 5 - Sinto e os sintomas não me deixam fazer nada.

Na faixa etária de 18 a 29 anos, encontrou-se uma maior prevalência do sintoma azia após as refeições, já que apenas 45,45% dos pacientes dizem não sentir este sintoma, 4,55% sentem no primeiro grau de intensidade e 50% sentem no segundo grau, já o sintoma azia altera os hábitos alimentares do paciente, 59% dos pacientes não sentem, 22,7% sentem no grau 1, 13,6% no grau 2 e 4,6% no grau 4. A afecção azia acorda o paciente durante o sono, 81,8% não manifestam o sintoma, 4,5% apresentam no primeiro nível de intensidade e 13,6% no segundo.

O sintoma odinofagia 95,5% dos pacientes entre 18 e 29 anos negam sentir, e apenas 4,5% relatam o sintoma no primeiro grau de intensidade, em respeito a disfagia 95,5% destes não sentem e 4,5% referem o segundo grau de intensidade. Já a regurgitação apenas 50% negam sentir, 9% relatam o primeiro nível de intensidade e 41% o segundo.

No intervalo etário de 30 a 44 anos, 40,81% dos pacientes não sentem azia após as refeições, 4,1% sentem no grau 1, 49% no grau 2 e 6,1% relataram o terceiro grau. Já a azia que altera os hábitos alimentares 65,3% relatam não sentir, 16,3% no grau 1, 12,3% no grau 2, 2% no grau 3 e 2% no grau 4. 71,4% referem não sentir azia que acorda durante o sono, 2% relatam o primeiro nível de intensidade, 20% o segundo nível, 2% o terceiro e 4% o quarto nível.

Referente a odinofagia 98% dos pacientes entre 30 e 44 anos relatam não sentir e 2% referem o segundo nível de intensidade. 96% relatam não sentir odinofagia e 4% referem o segundo nível de intensidade, em relação a regurgitação 53% dizem não sentir e 47% apresentam o segundo nível de intensidade.

Nos pacientes entre 45 e 60 anos, 47,2% referem não sentir azia após as refeições, 5,5% o primeiro nível de intensidade, 44,4% o segundo e 2,8% o quarto nível. 83,3% dizem que a azia não altera seus hábitos alimentares, 2,8% altera no primeiro nível de intensidade e 13,9% no segundo. 75% relatam que a azia não os acorda durante o sono e 25% referem o segundo nível de intensidade em relação a este sintoma.

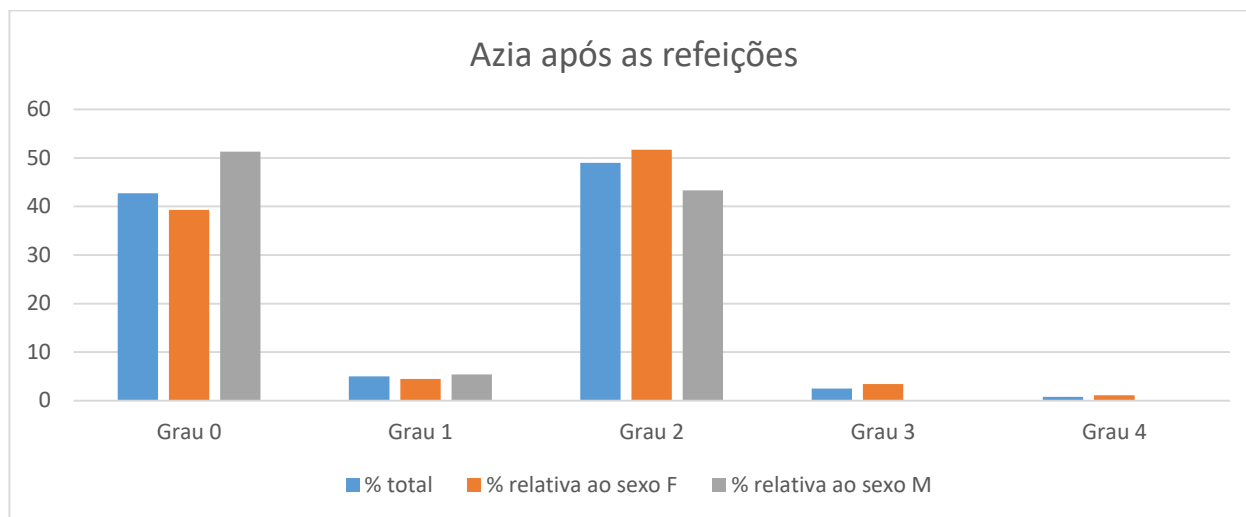
Relativo a odinofagia 88,9% dos pacientes entre 45 e 60 anos dizem não sentir, 8,3% relatam o primeiro grau de intensidade e 2,8% referem o terceiro grau. Já referente a disfagia 94,5% não sentem e 5,5% sentem no segundo nível de intensidade. 72,2% afirmam não sentir regurgitação, enquanto 5,5% referem no primeiro grau e 22,3% no segundo grau.

Nos pacientes acima de 60 anos 35,2% não sentem azia após as refeições, 5,9% sentem no primeiro nível de intensidade e 58,9% no segundo nível. 70,6% dizem que a azia não altera seus hábitos alimentares, 11,8% relatam alteração no primeiro nível de gravidade e 17,6% no

segundo nível. 58,8% afirmam que a azia não os acorda durante o sono, 5,9% acordam no primeiro grau de intensidade e 35,3% no segundo grau.

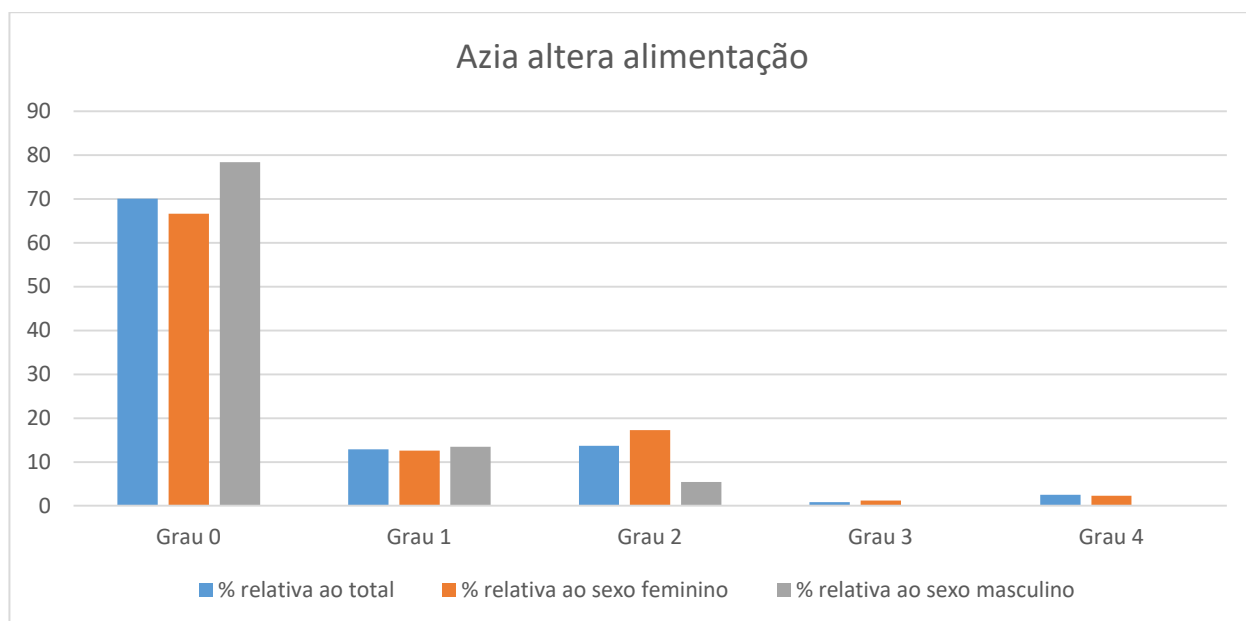
Nos indivíduos acima de 60 anos, 88,2% não sentem odinofagia, 5,9% sentem no grau 1 e 5,9% no grau 2. 82,3% não sentem disfagia, 5,9% sentem no grau 1, 5,9% no grau 2 e 5,9% no grau 4. Relativo a regurgitação 47% não sentem, 6% sentem no grau 1 e 47% sentem no grau 2.

Gráfico 2 Azia Após as refeições

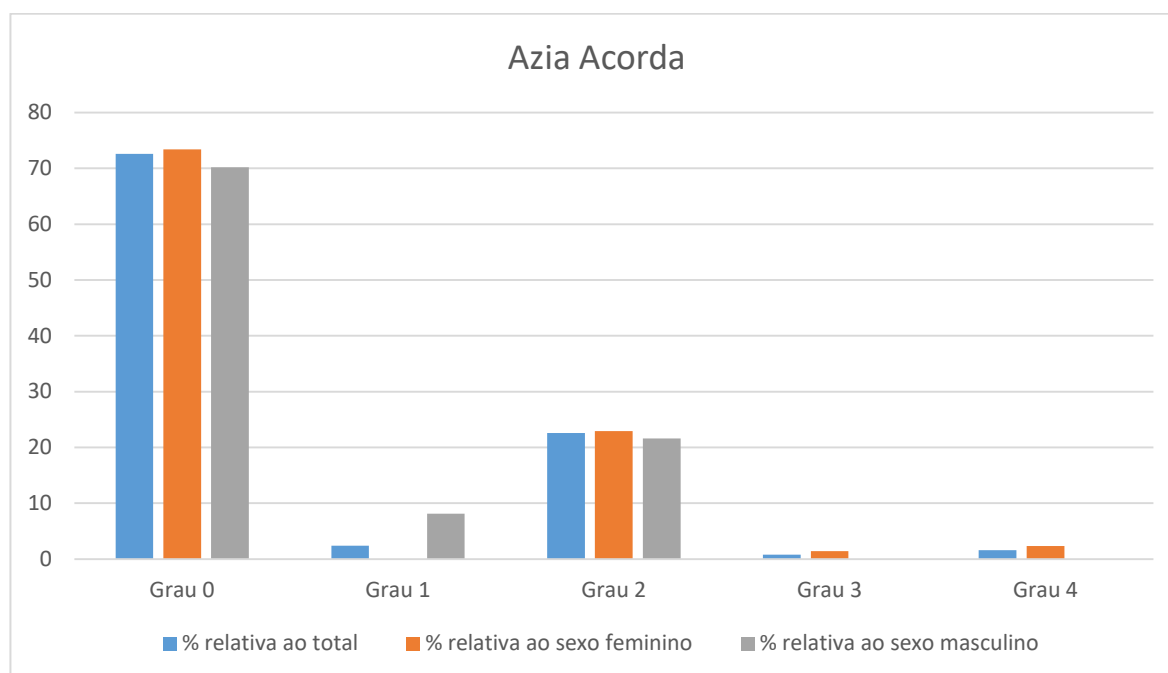


Fonte: Elaborado pelos autores

Gráfico 3 Azia altera alimentação



Fonte: Elaborado pelos autores

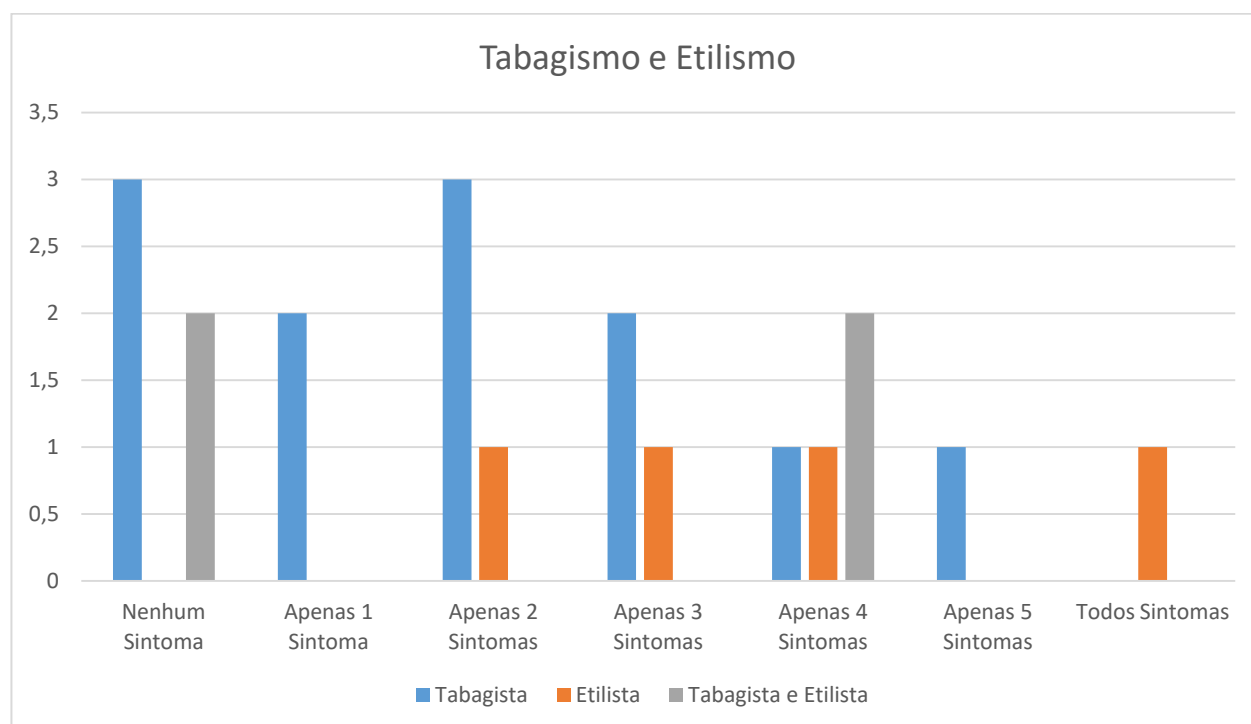
Gráfico 4 Azia acorda o paciente durante o sono

Fonte: Elaborado pelos autores

Nota-se um baixo nível de gravidade dos sintomas, já que nenhum paciente apresenta o quinto grau de intensidade (Sinto e os sintomas não me deixam fazer nada) e poucos apresentam o terceiro ou quarto grau, em vista que a maior parte dos que possuem algum dos sintomas abordados referem ter o segundo nível de intensidade.

Após a análise dos dados evidencia-se que as afecções mais prevalentes na população estudada foram as manifestações típicas da Doença do Refluxo Gastroesofágico, com maior prevalência da azia após as refeições acometendo 57,3 % dos pacientes, seguida pela regurgitação que acometeu 42,7 %.

Observa-se uma baixa prevalência das manifestações Odinofagia e Disfagia nos pacientes abordados, já que a porcentagem dos que não sentem esses sintomas, ficou acima de 90% para ambos os sexos e o total estudado.

Gráfico 5 Manifestação de sintomas em pacientes tabagistas e em etilistas.

Fonte: Elaborado pelos autores

Percebe-se que 81,25% dos pacientes que são apenas tabagistas apresentam algum sintoma da DRGE, 100% dos pacientes que foram positivos para o teste de cage, que observa o alcoolismo, demonstram algum sintoma e 50% dos indivíduos que associam o tabagismo e o etilismo possuem alguma manifestação.

DISCUSSÃO

De acordo com a análise nota-se que no CEME de Porto Nacional o sexo masculino apresenta maior incidência de sintomas do refluxo gastroesofágico, o que difere de outros artigos, que afirmam uma maior prevalência no sexo feminino, porém estes possuem em sua maioria uma única manifestação clínica, diferenciando-se das mulheres ao disporem uma maior combinação de sintomas da DRGE, indiciando assim maior probabilidade de possuir a afecção, já que ela não é caracterizada por apenas um único sintoma.

Pode-se concluir que a DRGE é uma afecção que progride com a idade, pois a maior prevalência de indivíduos acometidos se deu na faixa etária acima de 60 anos, e a menor taxa associada aos inferiores níveis de intensidade apresentou-se em indivíduos entre 18 e 29 anos.

De acordo com a pesquisa, confirma-se a tese de que as apresentações mais comuns do RGE são a azia e a regurgitação, pois se evidencia uma alta taxa de prevalência destes indícios da DRGE, ocorrendo o contrário às manifestações atípicas, odinofagia e disfagia.

O intervalo etário mais acometido em todos os sintomas de acordo com a porcentagem relativa de entrevistados foram os pacientes acima de 60 anos e o sintoma mais presente na maioria das faixas etárias foi a azia após as refeições, exceto nos pacientes de 18 a 29 anos dos quais a regurgitação foi a manifestação clínica de maior ocorrência.

Se observa que os maiores graus de intensidade (4 ou 5) não são encontrados em pacientes entre 18 e 29 anos, evidenciando-se na pesquisa uma progressão da DRGE com o aumento da idade.

Nota-se que o grau de intensidade 4, aumenta sua porcentagem relativa com o aumento da idade, assim demonstrando uma progressão da gravidade dos sintomas de acordo com o avançar da idade dos pacientes estudados.

Correlacionando-se os pacientes que utilizam o tabaco ou são alcoólatras crônicos. Nota-se que há importante prevalência de manifestações clínicas associadas ao RGE nestes, pois os sintomas foram demonstrados em 81% dos tabagistas, 100% em indivíduos que são etilistas crônicos e em 50% dos pacientes que fazem uso das 2 substâncias associadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa realizada teve intuito de contribuir com a população através de seus resultados, para proporcionar uma melhoria na qualidade de vida e proporcionar o perfil epidemiológico aos médicos assim facilitando o diagnóstico da DRGE com base dos sintomas mais prevalentes.

Em vista disso, esta produção em prática construiu dados que foram pertinentes aos objetivos da pesquisa. Sendo analisados e correlacionados os sintomas encontrados nos entrevistados, a sua prevalência e os graus.

A realização desse estudo possibilitou identificar a maior prevalência de sintomas da DRGE em parte específica da população de Porto Nacional. Assim, os desfechos foram almejados, confirmando a hipótese de que os sintomas mais prevalentes seriam azia e regurgitação ácida e que estivessem presentes em aproximadamente 40 % dos indivíduos submetidos a pesquisa e a baixa prevalência dos sintomas odinofagia e disfagia.

As evidências sobre os dados demonstraram a relação entre a idade dos pacientes e a manifestação de sintomas, com acometimento de maior intensidade e de sintomas atípicos em pacientes com a faixa etária elevada. Além, dos hábitos de vida, como o uso de bebida alcoólica e tabagismo contribuírem de forma direta com os sintomas relatados na população pesquisada.

Com isso, surgiu um benefício em identificar as principais queixas presentes na patologia e, pesquisa, por meio de dados evidenciados por idade, sintomas, grau e hábitos de vida que possam acarretar em diminuição ou aumento das queixas dos pacientes.

Assim possibilitando uma diferente abordagem nos pacientes com sintomas da DRGE, buscando novas informações sobre os hábitos de vida da população, através do conhecimento adquirido no perfil epidemiológico da população, correlacionando o aparecimento dos sintomas de acordo com cada intervalo etário.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDREOLLO, Nelson Adami; LOPES, Luiz Roberto; DE SOUZA COELHO-NETO, João. Doença do refluxo gastroesofágico&58; qual a eficácia dos exames no diagnóstico&63; Gastroesophageal reflux disease&58; what is the effectiveness of diagnostic tests&63. **ABCD: Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, v. 23, n. 1, p. 6-10, 2010.

BARROS, Sergio Gabriel Silva de. Doença do refluxo gastroesofágico: prevalência, fatores de risco e desafios.. **Arquivos de gastroenterologia. São Paulo. Vol. 42, n. 2 (abr./jun. 2005), p. 71, 2005.**

BURATI, Daniela O. et al. Doença do refluxo gastroesofágico: análise de 157 pacientes. **Rev Bras Otorrinolaringol**, v. 69, n. 4, p. 458-62, 2003.

CHINZON, D. et al. Refluxo gastroesofágico diagnóstico e tratamento. **Rev AMRIGS**, v. 50, n. 3, p. 251-63, 2006.

CORRADI-WEBSTER, Clarissa Mendonça; LAPREGA, Milton Roberto; FURTADO, Erikson Felipe. Avaliação do desempenho do CAGE com pacientes psiquiátricos ambulatoriais. **Revista Latino-americana de enfermagem**, v. 13, n. spe2, p. 1213-1218, 2005.

CORSI, Paulo Roberto et al. Presença de refluxo em pacientes com sintomas típicos de doença do refluxo gastroesofágico. **Cep**, v. 1452, p. 001, 2007.

DANI, Renato, PASSOS, Maria do Carmo Friche. **Gastroenterologia essencial**. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

FOCO, DIRETRIZES EM. Doença do refluxo gastroesofágico: diagnóstico. **Rev Assoc Med Bras**, v. 57, n. 5, p. 499-507, 2011.

FOCO, DIRETRIZES EM. Doença do refluxo gastroesofágico: tratamento não farmacológico. **Rev Assoc Med Bras**, v. 58, n. 1, p. 18-24, 2012.

FORNARI, Fernando et al. Questionário de sintomas na doença do refluxo gastroesofágico. **Arq Gastroenterol**, v. 41, n. 4, p. 263-7, 2004.

FRAGA, Pedro Lopes; MARTINS, Fábio dos Santos Cosso. Doença do Refluxo Gastroesofágico: uma revisão de literatura. **Cadernos UniFOA**, v. 7, n. 18, p. 93-99, 2017.

HENRY, Maria Aparecida Coelho de Arruda. Diagnóstico e tratamento da doença do refluxo gastroesofágico. **Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, v. 27, n. 3, p. 210-215, 1900.

OLIVEIRA, Sandro Schreiber de et al. Prevalência e fatores associados à doença do refluxo gastresofágico. 2005.

PEREIRA, Giedre Ingrid das Neves et al. Tradução e validação para a língua portuguesa (Brasil) de instrumentos específicos para avaliação de qualidade de vida na doença do refluxo gastroesofágico. **Arquivos de Gastroenterologia**, 2007.

REICHERT, Jonatas et al. Diretrizes para cessação do tabagismo-2008. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, p. 845-880, 2008.

VISÃO geral do novo código civil, 28 jun. 2010. **BLOG Vix**. Disponível em: www.jornalrepercussao.com.br/geral/refluxo-gastroesofagico-como-ele-acontece-e-como-tratar/>. Acesso em: 4 nov, 2018.

SIGWALT, Marcos Fabiano. Aplicação multicêntrica informatizada da coleta de dados na doença do refluxo gastroesofágico. 2004.

Capítulo 4

MULHERES PARDAS, JOVENS E SOLTEIRAS SÃO AS PRINCIPAIS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA EM PORTO NACIONAL-TO**YOUNG SINGLE BLACK WOMEN ARE THE MAIN VICTIMS OF DOMESTIC VIOLENCE IN PORTO NACIONAL-TO**Fernando Gomes de Sousa¹Marllon Cardozo Vieira Rocha¹Felipe Camargo Munhoz²**RESUMO**

Introdução: A violência doméstica é um fenômeno complexo e multidimensional, que transpõe classes sociais, idades e regiões. Esse termo se refere a um perfil comportamental que envolve abuso contra qualquer um dos membros da família, incluindo agressão física, sexual, psicológica e/ou socioeconômica. Sua importância faz-se presente tendo em vista a persistência cada vez mais crescente do número de casos no mundo, a morbidade que os acompanha, e as consequências a curto e longo prazo que estas causam em suas vítimas. Por isso, faz-se necessária a realização de um estudo a fim de dimensionar sua ocorrência em um município do estado do Tocantins. **Materiais e métodos:** Trata-se de um estudo epidemiológico retrospectivo, descritivo, e de abordagem quantitativa, em que foram utilizados dados provenientes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan-net) do Ministério da Saúde, obtidos por meio da vigilância epidemiológica do município de Porto Nacional - TO. O período estudado foi de janeiro de 2015 a dezembro de 2018. Para melhor estudo dos dados, foi realizada a tabulação utilizando o Excel[®] com elaboração de gráficos e tabelas para uma análise mais eficaz. Foram analisadas as seguintes variáveis: gênero, idade, ocupação, raça, lesões autoprovocadas e por local de residência. **Resultados:** No período de 2015 a 2018 foram notificados no município de Porto Nacional, no Estado do Tocantins, um universo de 797 casos de Violência Doméstica, com média de 199,2 casos/ano; 78,04% referem-se ao sexo feminino; 6,14% dos casos ocorreram com a média de idade de 13 anos; 30,7% são estudantes; as lesões por outrem totalizam 68,8% casos; 83,5% das ocorrências registradas dizem respeito às pessoas pardas; 83,9% das vítimas são solteiras. **Discussão:** A análise destes dados mostra que a população de mulheres pardas e solteiras são as maiores vítimas de violência doméstica em Porto Nacional, Tocantins. Isso traz à tona a necessidade de discussões mais abrangentes e aprofundadas a respeito da possível causa para essa ocorrência, para que se possa planejar ações que contribuam para a mudança deste cenário. **Conclusão:** A misoginia e o racismo podem gerar consequências nefastas para a

¹ Acadêmicos do Curso de Medicina – Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos ITPAC/PORTO. Email: marlloncardoso@hotmail.com

² Doutor em Ciências Fisiológicas, Mestre em Estomatologia, graduado em Odontologia pela Faculdade de Odontologia de Araçatuba (FOA) da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP), professor no Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos ITPAC/PORTO (Orientador). Email: felipecamargomunhoz@gmail.com

sociedade, tornando necessária a realização de políticas educativas que possam ajudar a mudar esse quadro no futuro.

Palavras-chave: Violência Doméstica. Mulher. Notificação. Racismo. Misoginia.

ABSTRACT

Introduction: Domestic violence is a complex and multidimensional phenomenon that transposes social classes, ages and regions. This term refers to a behavioral profile that involves abuse against any of the family members, including physical, sexual, psychological and / or socioeconomic aggression. Their importance is present in view of the ever increasing persistence of the number of cases in the world, the accompanying morbidity, and the short and long term consequences that they cause on their victims. Therefore, it is necessary to conduct a study in order to size its occurrence in a city of the state of Tocantins. **Materials and methods:** This is a retrospective, descriptive and quantitative epidemiological study, using data from the Ministry of Health's Notification Disease Information System (Sinan-net), obtained through epidemiological surveillance from the city of Porto Nacional - TO. The period studied ranged from January 2015 to December 2018. For a better study of the data, tabulation was performed using Excel® with elaboration of graphs and tables for a more effective analysis. The following variables were analyzed: gender, age, occupation, race, self-harm and place of residence. **Results:** From 2015 to 2018, 797 cases of Domestic Violence were reported in the municipality of Porto Nacional, Tocantins State, with an average of 199.2 cases / year. 622 refer to females; 49 cases occurred with a mean age of 13 years; 245 are students; injuries by others total 549 cases; 666 occurrences recorded by brown people; 669 victims are single. **Discussion:** Although data analysis indicates a decrease over time, this does not rule out the possibility that women still take the blame for third-party aggression. **Conclusion:** Misogyny and racism can create nephast consequences to society, making necessary educational initiatives that can help change this picture of the future.

Keywords: Domestic Violence. Woman. Notification. Racism. Misogyny.

1 INTRODUÇÃO

O gênero é um histórico marcador de desigualdade perante a sociedade. No decorrer de toda a história, percebe-se uma construção social, cultural e histórica de relações de submissão, tendo a mulher originalmente como elemento mais frágil. Isso se ampliou tanto no campo público, de prestação de serviços, quanto no meio doméstico (PIEROTTI, D'OLIVEIRA, TERRA, 2018). Porém, com o passar dos séculos, com a inserção da mulher no ambiente de trabalho, sobretudo após a revolução industrial que aconteceu em grandes proporções no século XIX na Europa, ela foi ganhando cada vez mais espaço e a antiga relação patriarcal foi dando lugar a uma mulher forte, trabalhadora, não mais limitada apenas à área doméstica (SANTOS, WITECK, 2016).

Os movimentos feministas, em todo o mundo, se tornaram importantes precursores da aquisição de direito e igualdade para as mulheres. Porém, o Brasil sempre apresentou uma relativa resistência a esses movimentos. Um exemplo que remete a essa situação é o caso de Maria da Penha Maia Fernandes, em que o Brasil recebeu uma condenação da Organização dos Estados Americanos (OEA) por não possuir legislação eficiente relacionada a ocorrências desse tipo. Somente após essa condenação, o país tomou as devidas providências e incorporou à sua legislação aspectos pontuais e específicos sobre a violência doméstica contra a mulher (SANTOS, WITECK, 2016).

Atualmente, percebe-se que agressões de todos os tipos não ocorrem somente entre as mulheres, mas abrangem todas as esferas da população, incluindo crianças, jovens, idosos, homens ou mulheres. O termo violência doméstica refere-se a um perfil comportamental que envolve abuso contra qualquer um dos membros da família (BRASIL, 2002). Inclui: agressão física; sexual; psicológica e/ou socioeconômica, podendo acontecer entre pessoas com laços de sangue (como pais e filhos), ou unidas de forma civil (como marido e esposa ou genro e sogra). Envolve também negligência e exploração, no contexto de crianças e adolescentes. Hoje, é considerada a terceira principal causa de morte entre a população geral e a primeira causa entre crianças e adolescentes (HILDEBRAND et al, 2015).

Hoje, existe uma legislação específica, a Lei Maria da Penha, que tem como objetivo coibir atos de violência contra a mulher e definir a punição adequada. Para atos contra crianças e adolescentes, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) nos artigos 13 e 56, inciso I, define que os casos deverão ser relatados ao Conselho Tutelar (LIMA, DESLANDES, 2015). Dados estatísticos ainda apontam o homem como autor da maioria dos casos de violência doméstica, sobretudo para com indivíduos do sexo feminino. Porém, em alguns casos específicos, como na violência contra crianças, adolescentes e portadores de necessidades especiais, a mulher se apresenta como principal causadora (BRASIL, 2002).

Um dos grandes perigos potenciais de episódios frequentes desse tipo de violência está no aparecimento de ideias suicidas por parte da vítima. Um estudo realizado na Suécia comprovou que 53% das mulheres que sofriam violência doméstica apresentavam comportamento suicida (DUFORT, STENBACKA, GUMPERT, 2015). Ainda, outro estudo norte americano comprovou que, entre 166 gestantes, 86% apresentaram ideação suicida devido à mesma causa, o que corrobora na relação direta entre os dois eventos (ALHUSEN, FROHMAN, PURCELL, 2015; CORREIA et al, 2018). Outros quadros que também estão bastante relacionados

são o desenvolvimento de outros distúrbios psiquiátricos como ansiedade e depressão, situação em que o ambiente familiar deixa de ser sinônimo de proteção e passa a adquirir uma perspectiva ameaçadora e sombria (BITTAR, KOHLSDORF, 2017).

A violência doméstica é interpretada de acordo com um sistema circular, que inclui basicamente 3 estágios: (1) aumento de tensão do cotidiano, que induz o agressor a tecer injúrias e ameaças à vítima, criando nela uma sensação de perigo eminente; (2) ataque violento, em que o agressor maltrata física e psicologicamente a vítima, sendo que estas ações tendem a aumentar de frequência e intensidade. E, por último no ciclo, a chamada (3) “Lua de Mel”, na qual agressor envolve afetivamente a vítima, prometendo, assim, mudanças em suas ações (BRASIL, 2005). Entender esse sistema circular permite aos funcionários de saúde no âmbito da atenção básica, fornecer as orientações e atitudes adequadas para as vítimas, como também estabelecer uma visão preventiva diante desse fenômeno (LEITE et al, 2016).

Todos os aspectos abordados aqui demonstram que a violência no âmbito familiar é um fenômeno complexo e multidimensional, que transpõe classes sociais, idades e regiões. Infelizmente, muitas mulheres tendem à passividade e os agressores influenciados pela cultura de desigualdade misógina, não interpretam que cometeram uma violência e transferem a responsabilidade dos seus atos na vítima, colocando-as à procura de soluções informais e/ou conformistas. (SOUZA et al, 2018).

Devido à persistência atual do número de casos de violência doméstica, mesmo com legislação vigente específica sobre isso e à grande abrangência dessa ocorrência em níveis nacionais, este artigo busca entender o perfil de acometimento da violência doméstica em um município do interior do Estado do Tocantins.

2 METODOLOGIA

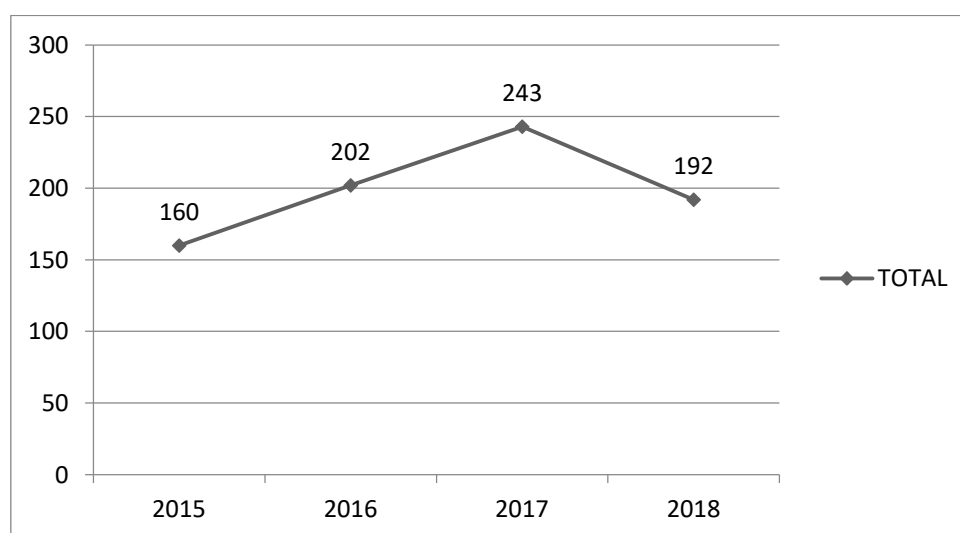
Foi realizado um estudo epidemiológico retrospectivo, descritivo e de abordagem quantitativa, em que foram utilizados dados provenientes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan-net) do Ministério da Saúde, obtidos por meio da vigilância epidemiológica do município de Porto Nacional - TO. Os dados são referentes ao período compreendido entre janeiro de 2015 e dezembro de 2018. Após a obtenção desses dados no SINAN, foi realizada a tabulação utilizando o Excel® com elaboração de gráficos e tabelas. Em seguida, as informações foram analisadas utilizando comparação por método percentual simples e de acordo com as seguintes variáveis: gênero; idade; ocupação; raça; lesões autoprovocadas e por local de

residência. Utilizou-se, ainda, dados da biblioteca virtual em saúde (BVS), tendo como palavras chaves: violência, mulher e notificação, combinadas entre si, a fim de fortalecer e melhor interpretar as informações disponibilizadas no SINAN, a respeito da violência doméstica e seu predomínio na população feminina e como critério comparativo com as esferas Nacional e Mundial.

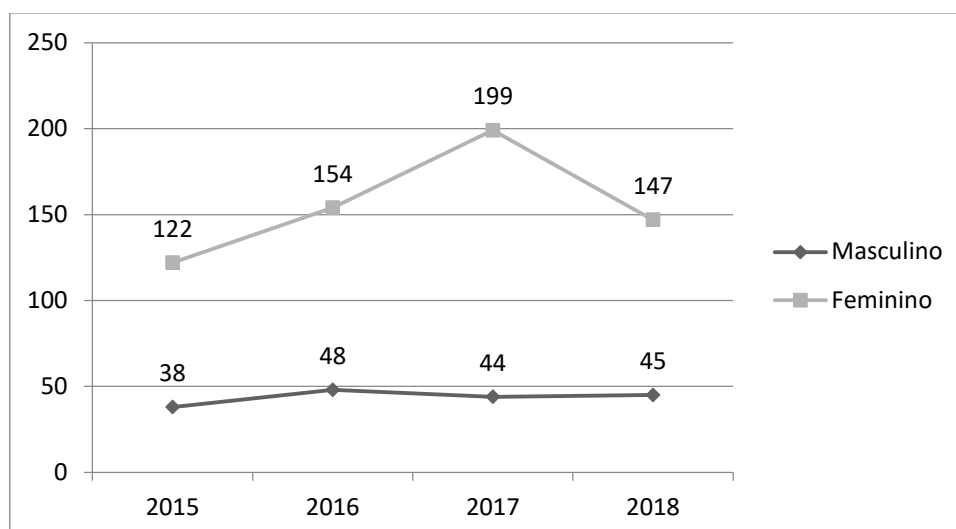
3 RESULTADOS

No período de 2015 a 2018 foram notificados no município de Porto Nacional, no Estado do Tocantins, um universo de 797 casos de Violência Doméstica, com média de 199,2 casos/ano, como mostra o gráfico de número 01. Destes, 78,04% atingem diretamente o sexo feminino – o que se pode observar no gráfico de número 02. Com base nos dados colhidos, constatou-se, ainda, que a média de idade das vítimas de violência doméstica é de 13 anos, correspondendo a 6,14% casos, como demonstrado no gráfico de número 03. O referido estudo indica, também, que 30,7% das notificações ocorridas no período analisado, acontecem com estudantes. Vale ressaltar que esta pesquisa mostra que as lesões provocadas por outrem totalizam 68,8% casos. O presente trabalho traz ainda o indicador de raça com 83,5% ocorrências registradas por pessoas pardas (gráfico de número 04). No gráfico de número 05, pode-se verificar que 83,9% das vítimas são solteiras.

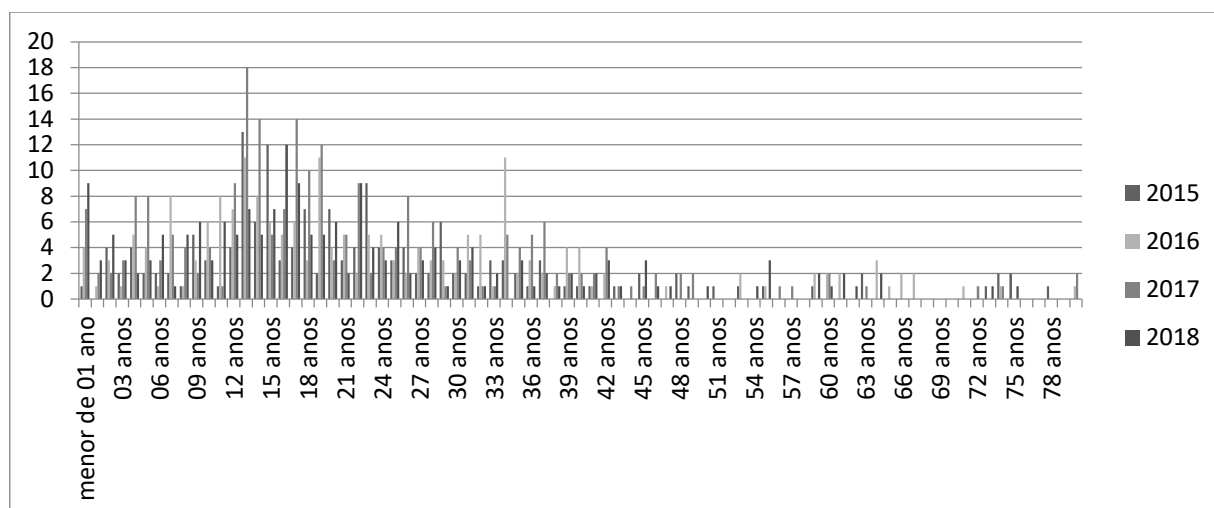
Gráfico 01 – Número total de casos por ano entre 2015 e 2018



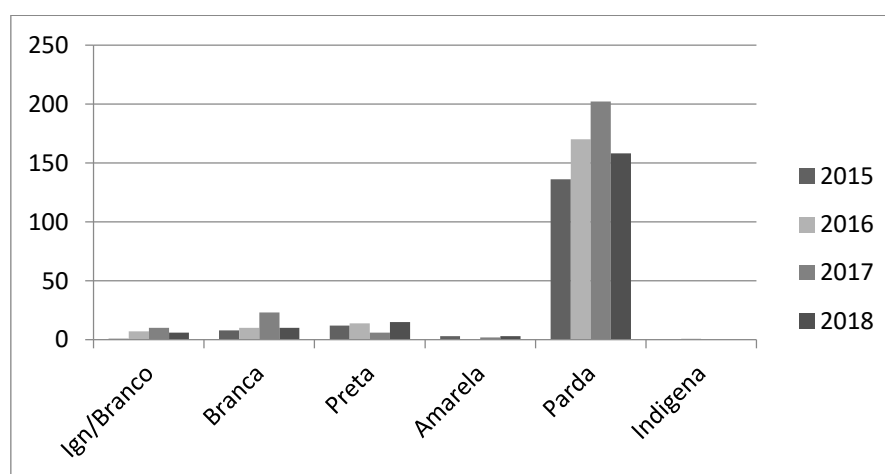
Fonte: SINAN-Net

Gráfico 02 - Frequência por Ano da Notificação segundo sexo

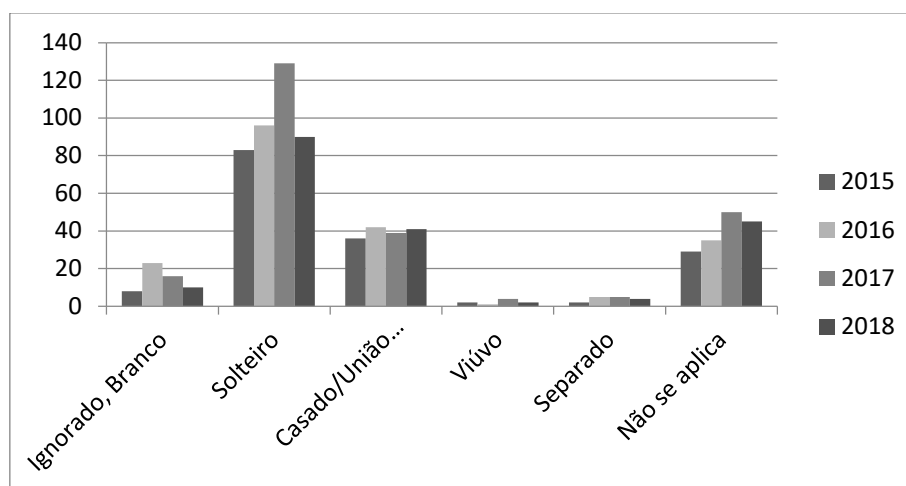
Fonte: SINAN-Net

Gráfico 03 - Frequência por Ano da Notificação segundo Idade detalhada

Fonte: SINAN-Net

Gráfico 04 - Frequência por Ano da Notificação segundo raça

Fonte: SINAN-Net

Gráfico 05 - Frequência por Ano da Notificação segundo situação conjugal

Fonte: SINAN-Net

4 DISCUSSÃO

De acordo com dados do Ministério da Saúde, foi a partir de 2011, por meio da Portaria MS/GM nº 104, de 25 de janeiro, que a notificação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências passou a ser considerada de caráter universal, ou seja, realizada em todos os serviços de saúde, públicos ou privados. Apesar dessa normativa, sabe-se que a implantação da notificação de violência encontra-se em diferentes estágios de evolução, nos diversos municípios brasileiros. O Ministério da Saúde recomenda que não se procure apenas realizar a contabilização de casos de violência, mas que também seja oferecida atenção integral às vítimas de violência, considerando a oferta de serviços e a organização da estrutura da Saúde local e regional, bem como a capacitação e sensibilização dos profissionais de saúde e de setores afins (BRASIL, 2013).

Partindo desse pressuposto, percebe-se que o município de Porto Nacional-TO segue a normativa do Ministério da Saúde em relação às notificações, porém, este estudo não teve como premissa verificar se está havendo na localidade, as referidas capacitações e sensibilização de profissionais da saúde. Por outro lado, no que diz respeito ao banco de notificações, é notório que o município possui dados relevantes que podem servir de alicerce para pesquisas epidemiológicas. Sendo assim, ao se analisar os casos de violência doméstica ocorridos em Porto Nacional-TO, no período de 2015 à 2018, sob diversos aspectos, encontrou-se estatísticas consistentes que podem servir de argumentos para ações de promoção e prevenção de saúde. Ao se discutir os agravos de notificação compulsória, deve-se ter claro qual a sua finalidade e,

consequentemente, estabelecer critérios que permitam medir a importância de um agravo a partir de uma perspectiva de vigilância nacional (HAMMANN, LAGUARDIA et al., 2000).

Em primeira análise, o presente estudo verificou que, de acordo com o gênero, a população mais acometida por violência doméstica são mulheres, com 78% do total dos casos registrados. Presume-se, quanto a essa esfera, que o contexto social de marginalização no qual o sexo feminino está inserido, contribui notavelmente para que os dados sejam socialmente desfavoráveis a essa categoria. Em todo mundo, pelo menos uma em cada três mulheres já foi espancada, coagida ao sexo ou sofreu alguma outra forma de abuso durante a vida (DAY et al., 2003).

Quando se analisa o gráfico 03, correspondente à idade, identifica-se que a faixa etária dos 13 anos tem maior porcentagem em relação as demais – o que equivale a 6% da totalidade. Com base nessa informação, supõe-se que no início da adolescência a mulher tem maior probabilidade de sofrer violência doméstica, podendo estar relacionada aos castigos implementados por familiares, em consequência da possibilidade de início do consumo de bebidas alcoólicas e drogas, por exemplo, ou punições devido à identificação da necessidade de independência. No Brasil, assim como em outras partes do mundo, em diferentes culturas e classes sociais, independente de sexo ou etnia, crianças e adolescentes são vítimas cotidianas da violência doméstica, sendo este um fenômeno universal e endêmico (DAY et al., 2003).

Em relação à ocupação, nota-se maior grau de violência doméstica entre estudantes, revelando uma prevalência de 30,7% do total das ocorrências. Esse fato pode estar relacionado à influência positiva do contexto educacional, o qual orienta essa classe a notificar os casos de violência doméstica. No entanto, nota-se que entre as donas de casa, o quadro assume outra configuração, com notificações prevalecendo em apenas 27,3% do total - situação que pode estar relacionada ao medo e conformismo com o cotidiano. De acordo com Peçanha (1999), as famílias tendem a ocultar a agressividade e a negar seus conflitos a fim de preservar o mito da coesão e harmonia familiar. No quesito relativo às lesões autoprovocadas, o presente estudo aponta que aquelas que foram declaradas como provocadas em primeira pessoa equivalem a 31,2% do total. No entanto, isso não descarta a possibilidade de que mulheres ainda assumam a culpa por agressões de terceiros.

Outro ponto relevante da pesquisa refere-se à localidade onde ocorre a maioria dos casos de violência doméstica. Entre os bairros, 78,3% são áreas não identificadas, sendo o bairro Jardim Brasília, o segundo com maior percentual de registros (5%). Estima-se que, no momento

da denúncia, as mulheres devem optar por não identificarem o seu local de moradia ou solicitam ao notificante a não inclusão do mesmo, por medo da exposição de sua imagem e possíveis consequências que possam ser geradas, que podem prejudicar sua integridade física. Segundo Bordieu (2005), o medo é fator constante entre as mulheres acometidas com o mal da violência doméstica e componente que impede a formação de uma identidade social emancipatória.

5 CONCLUSÃO

Diante das informações apresentadas na pesquisa, observou-se a disparidade entre as notificações de violência doméstica, sobre a qual prevalece o sexo feminino. Com isso, é válido salientar que os dados sugerem que a maioria das mulheres opta por não denunciarem as agressões conforme protocolo do Ministério da Saúde, prejudicando, assim, os dados de notificação. Isso porque, devido a esse entrave, impede-se a resolutividade de um agravo e a contribuição para o decréscimo da prática da violência doméstica. Nesse contexto, é importante ressaltar a necessidade de ampliação nas redes de informações e conscientização sobre o agravo em questão, principalmente, para o público-alvo, que perpassa majoritariamente pelas mulheres, especificamente donas de casa – categoria que ainda teme em denunciar seus agressores e alavanca as estatísticas negativas sobre violência doméstica no município de Porto Nacional-TO.

REFERÊNCIAS

- ALHUSEN, J.L.; FROHMAN, N.; PURCELL, G. Arch Womens Ment Health. Intimate partner violence and suicidal ideation in pregnant women. **Arch Womens Ment Health**. 2015, 18(4): 573–578.
- BITTAR, Danielle; KOHLSDORF, Marina. Ansiedade e depressão em mulheres vítimas de violência doméstica. **Psicologia Argumento**, [S.l.], v. 31, n. 74, nov. 2017. ISSN 1980-5942.
- BORDIEU, P. **A dominação masculina**. 4º Ed. Rio de Janeiro: Bertand Brasil, 2005
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar - Orientações para a prática em serviço**. Brasília, DF, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Enfrentando a violência contra a mulher - Orientações Práticas para Profissionais e Voluntários(as)**. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Manual de Enfrentamento à Violência contra a Pessoa Idosa**. Brasília, DF, 2014

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigilância de violência doméstica, sexual e/ou outras violências: Viva/Sinan – Brasil, 2011**. Brasília, DF, 2013

CORREIA, Cíntia Mesquita; DINIZ, Normélia Maria Freire; GOMES, Nadirlene Pereira; DE ANDRADE, Isabela Carolyne Sena; CAMPOS, Luana Moura; CARNEIRO, Jordana Brock. Sinais de risco para o suicídio em mulheres com história de violência doméstica. **SMAD Revista Electronica Salud Mental, Alcohol y Drogas**, [s. l.], v. 14, n. 4, p. 219–225, 2018.

DAY, Vivian Peres, TELLES, Lisieux Elaine de Borba, ZORATTO, Pedro Henrique, DE AZAMBUJA, Maria Regina Fay, MACHADO, Denise Arlete, SILVEIRA, Marisa Braz, DEBIAGGI, Moema, REIS, Maria da Graça, CARDOSO, Rogério Göettert, BLANK, Paulo. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. **Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul**, 2003, 25.1: 9-21.

DUFORT, M.; STENBACKA, M.; GUMPERT, C.H. Physical domestic violence exposure is highly associated with suicidal attempts in both women and men. Results from the national public health survey in Sweden. **Eur J Public Health**. 2015 Jun; 25(3): 413–418.

HAMMANN, Edgar Merchán; LAGUARDIA, Josué. Reflexões sobre a vigilância epidemiológica: mais além da notificação compulsória. **Informe Epidemiológico do SUS**, 2000, 9.3: 211-219.

HILDEBRAND, Natália Amaral; CELERI, Eloisa Helena Rubello Valler; MORCILLO, André Moreno; ZANOLLI, Maria de Lurdes. **Violência doméstica e risco para problemas de saúde mental em crianças e adolescentes**. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 2015, 28.2: 213-221.

LEITE, Jéssica Totti; BESERRA, Maria Aparecida; SCATENA, Liliana; DA SILVA, Lygia Maria Pereira; FERRIANI, Maria das Graças Carvalho. Enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes na perspectiva de enfermeiros da atenção básica. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 37, n. 2, e55796, 2016.

LIMA, Jeanne de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira. Olhar da gestão sobre a implantação da ficha de notificação da violência doméstica, sexual e/ou outras violências em uma metrópole do Brasil. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 661-673, Junho 2015.

PEÇANHA, D. L. Instrumento de diagnóstico sistêmico: contribuições ao estudo de família com problemas de violência. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 8, n. 2, p. 431-435, maio/ago. 1999.

PIEROTTI, Camila Faria; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; TERRA, Maria Fernanda. **A situação de violência doméstica de gênero na atenção primária à saúde**. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa*. São Paulo, 2018.

SANTOS, Ana Paula Coelho Abreu dos; WITECK, Guilherme. **Violência doméstica e familiar contra a mulher**. In: Seminário Internacional Demandas Sociais e Políticas Públicas na Sociedade Contemporânea. Anais. Santa Cruz do Sul, 2016.

SOUZA, marjane B.; SILVA, maria Fernanda S. da; TAVARES, Renata N.; SOUZA, Natasha F. de; RIVAS, Bruna, M.B.; COSTA, Clíssia N.M.; CARVALHO, Joice L. de. Características de Personalidade das Mulheres Vítimas de Violência Doméstica. **Id on Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, 2018, vol.12, n.39, p.552-572. ISSN: 1981-1179. 56

Capítulo 5

57

SÍNDROME DO PÉ DIABÉTICO: CONSEQUÊNCIA DE UM TRATAMENTO INEFICAZ

DIABETIC FOOT SYNDROME: CONSEQUENCE OF INEFFECTIVE TREATMENT

Débora de Souza Ayres¹Sabrine Silva Messias Furtado¹Valcirlei de Araújo²

RESUMO

Diabetes mellitus (DM) se trata de um problema de saúde pública no qual o tratamento indevido da hiperglicemia ocasiona complicações em longo prazo. Dentre elas, está a Síndrome do pé diabético que se trata de lesões ulcerativas nos membros inferiores devido a uma deficiência na coagulação e cicatrização de feridas e à neuropatia periférica consequentes de uma DM descompensada cronicamente. O presente trabalho se trata de um estudo quantitativo baseado na aplicação de questionários aos pacientes internados no Hospital Regional de Porto Nacional – TO, sobre hábitos diários de cuidado que podem acarretar/prevenir o desenvolvimento da síndrome. Diante dos dados apresentados no decorrer do artigo, é possível inferir que apesar de boa parte dos entrevistados apresentarem um bom cuidado com os pés, ainda há uma necessidade de melhoria na relação médico-paciente de forma a haver maior clareza e conscientização sobre o tratamento adequado da DM e sobre a prevenção de complicações.

Palavras-chaves: Diabetes Mellitus. Complicações. Neuropatias diabéticas. Pé diabético.

ABSTRACT

Diabetes mellitus (DM) is a public health problem in which improper treatment of hyperglycemia causes long-term complications. These include diabetic foot syndrome, which is ulcerative lesions on the lower limbs due to a deficiency in coagulation and wound healing and peripheral neuropathy resulting from chronically decompensated DM. The present work is a quantitative study based on the application of questionnaires to patients admitted to the Regional Hospital of Porto Nacional – TO, about daily care habits that may cause/prevent the development of the syndrome. Given the data presented throughout the article, it can be inferred that although most respondents have good foot care, there is still a need for improvement in the doctor-patient relationship so that there is greater clarity and awareness about proper treatment of DM and on the prevention of complications.

Keywords: Diabetes Mellitus. Complications. Diabetic neuropathies. Diabetic foot.

¹ Acadêmicas do Curso de Medicina – Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos – ITPAC/PORTO.

² Especialista em Gerontologia pela Universidade Federal do Tocantins – UFT, Graduado em Medicina pelo no Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos – ITPAC, Professor no Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos – ITPAC/PORTO.

1. INTRODUÇÃO

Diabetes mellitus (DM) não é uma única doença, mas um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresenta em comum a hiperglicemia, resultante de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambas. (ADA, 2014). A diabetes mellitus tipo um (DM1) é uma doença autoimune, órgão-específica caracterizada pela destruição seletiva de células-beta pancreáticas produtoras de insulina. A diabetes mellitus tipo dois (DM2) é a forma verificada em 90% a 95% dos casos e caracteriza-se por defeitos na ação e secreção da insulina e na regulação da produção hepática de glicose.

Uma das consequências mais graves da DM2 é a formação de lesões ulcerativas em membro inferiores. Uma complicação crônica desse quadro é a síndrome do pé diabético, que consiste em ulcerações devido a deficiência de coagulação, causando assim, problemas na cicatrização. Esse fenômeno é decorrente da neuropatia e gera perda de sensibilidade periférica tátil, térmica e dolorosa pode determinar lesões complexas que, caso não sejam tratadas, podem levar à amputação do membro (GOMES,2009).

Cerca de 10% a 20% dos portadores de DM acima de 70 anos desenvolvem lesões em membros inferiores e destes, 14% a 24% evoluem para amputação (IRON G, 2015), essas lesões podem se espalhar de forma a necrosar o tecido que antes era saudável, sendo necessário, em casos extremos, a amputação do membro lesionado. As úlceras ocorrem no dorso, dedos ou bordas do pé e geralmente está associado ao uso de calçados inadequados e é frequente em homens devido ao mau controle das complicações crônicas (MILECH, 2010)

Este projeto trata de realizar um estudo no universo dos pacientes com diabetes internados do município de Porto Nacional e complicação de pé diabético, avaliando o tratamento e as consequências.

2 METODOLOGIA

2.1 DESENHO DE ESTUDO

A pesquisa foi do tipo quantitativa, no qual será realizado um levantamento de informações por meio da aplicação de um questionário direcionado ao paciente com diabetes mellitus com perguntas sobre os hábitos diários que podem acarretar no desenvolvimento a síndrome do pé diabético.

2.2 LOCAL E PERÍODO DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

O estudo foi realizado com visitas no Hospital Regional na cidade de Porto Nacional – TO durante o período de 2019/02.

2.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Pacientes com diabetes mellitus com potencial em desenvolver complicações como pé diabético, que estejam internados no Hospital Regional de Porto Nacional no período da pesquisa.

2.4 CRITÉRIO DE INCLUSÃO

- Pacientes com diabetes mellitus internados no Hospital Regional de Porto Nacional – TO no período desta pesquisa;
- Pacientes hospitalizados com diabetes mellitus que apresentam úlceras em extremidades inferiores;
- Pacientes hospitalizados com diabetes mellitus em tratamento com a síndrome do pé diabético.

2.5 CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

- Pacientes que ficaram em observação;
- Pacientes que finalizaram tratamento da síndrome do pé diabético;
- Pacientes que não aceitarem assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

2.6 VARIÁVEIS

As variáveis foram analisadas, sexo, idade, município que reside, instituição de saúde, tempo internação, tempo de tratamento, se utiliza insulina, se sequelas como amputação de membros, níveis de conhecimento sobre o assunto.

2.7 INSTRUMENTO DE COLETAS DE DADOS, ESTRATÉGIA DE APLICAÇÃO, ANALISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS

60

Para coleta de dados utilizaremos questionários aplicados aos pacientes internados no Hospital Regional de Porto Nacional – TO, em que consistirá de análise do conhecimento sobre a patologia, do tratamento e as prováveis complicações como pé diabético.

As tabulações dos dados foram realizadas utilizando tabelas e/ou o fluxograma que denotem as variáveis analisadas e o objetivo deste trabalho é identificar a incidência, o conhecimento quanto a patologia, tratamento e complicações.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram aplicados dez questionários, no dia 15 de outubro de 2019, aos pacientes internados no Hospital Regional de Porto Nacional – TO, abrangendo o total de pacientes que estavam em tratamento para a síndrome do pé diabético.

Sete dos entrevistados eram do sexo feminino e três do sexo masculino. Podendo ser possível observar que as mulheres são acometidas 2,3 vezes mais que os homens. Destes, um paciente se encontrava na ala cirúrgica, três na ala de clínica médica e seis na ala de geriatria.

Quanto à idade, descrita na tabela 1, é evidente que a população mais acometida está entre a faixa etária de 66 a 75 anos, sendo que a idade mínima encontrada está entre 45 e 55 anos, mostrando que geralmente é uma doença presente em pessoas com idade mais avançada.

Tabela 5 - Relação de idade dos pacientes.

IDADE (ANOS)	Nº DE PACIENTES
Entre 45 e 55	3
Entre 56 e 65	0
Entre 66 e 75	5
Entre 76 e 85	2

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Dos dez, apenas seis pacientes residem em Porto Nacional, de forma que os outros quatro são de outras cidades, como: Bom Jesus da Lapa – BA, Conceição – TO, Fátima – TO e Ponte Alta – TO.

Quanto ao estado civil, 10% afirmou ser solteiro(a), 20% viúvos(as), 20% divorciados(as) e 50% casados(as). Quanto à profissão, 30% são aposentados, 40% são do lar, e 30% são lavradores. Não sendo possível definir uma relação clara entre a ocorrência da doença e esses dados descritos.

No que se refere à escolaridade, três são analfabetos, outros três sabem apenas ler e escrever sem que haja algum grau escolar completo, dois têm ensino primário completo, outros dois com ensino básico completo e nenhum apresentam ensino superior completo. De forma que é possível inferir que quanto maior o grau de instrução, menor a incidência da doença.

Quando questionados se já ouviram falar sobre Diabetes Mellitus, mesmo que todos tenham o diagnóstico e estejam realizando tratamento, ainda houveram dois pacientes que responderam negativamente à pergunta. Concluindo-se que esses pacientes provavelmente não foram bem instruídos quanto ao seu diagnóstico, havendo, então, uma falha entre a relação médico-paciente. Fortalecendo mais ainda esse argumento, 60% dos pacientes afirmaram não saber se a Diabetes que apresentam é do tipo 1 ou tipo 2, alguns não sabendo nem que havia diferença. Porém, os 40% restantes souberam responder e afirmaram portar o tipo 2 da doença.

Referente à doença e seu tratamento foi possível observar que 60% dos entrevistados não têm cuidado com sua alimentação e com prática de exercícios físicos. Este fator é um ponto negativo, visto que faz parte do tratamento convencional os cuidados não farmacológicos, havendo íntima relação com prognóstico e qualidade de vida. Sobre o tratamento farmacológico, metade usa insulina e nove deles fazem uso de antidiabético oral, mostrando que nem todos os pacientes em tratamento para o pé diabético são pacientes insulínodos, mas 90% deles conseguem manter sua glicemia adequada com uso de medicamentos orais hipoglicemiantes.

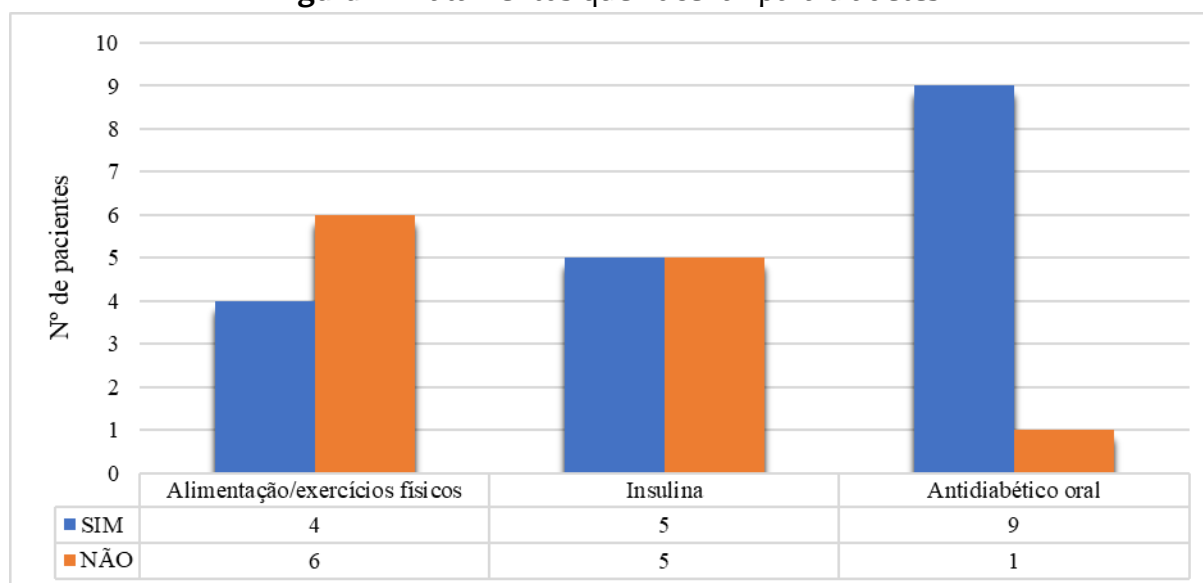
Tabela 6 - Tratamentos adotados pelos pacientes.

VARIÁVEL	AMOSTRA ESTUDADA	
	Nº PACIENTES	%
Qual ou quais os tratamentos que você faz para diabetes:		
Alimentação/exercícios físicos?		
Sim	4	40
Não	6	60
Insulina?		

Sim	5	50	62
Não	5	50	
Antidiabético oral?			
Sim	9	90	
Não	1	10	

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Figura 1 - Tratamentos que você faz para diabetes.



Fonte: Elaborado pelas autoras.

É sabido que todo paciente diabético deve ter um cuidado maior com as extremidades dos membros, especialmente os pés, para evitar complicações como o pé diabético que está descrito neste estudo e presente nos pacientes que participaram desta pesquisa. A tabela 3 descreve os tópicos que compõem o questionário sobre os cuidados com os pés que esses pacientes têm.

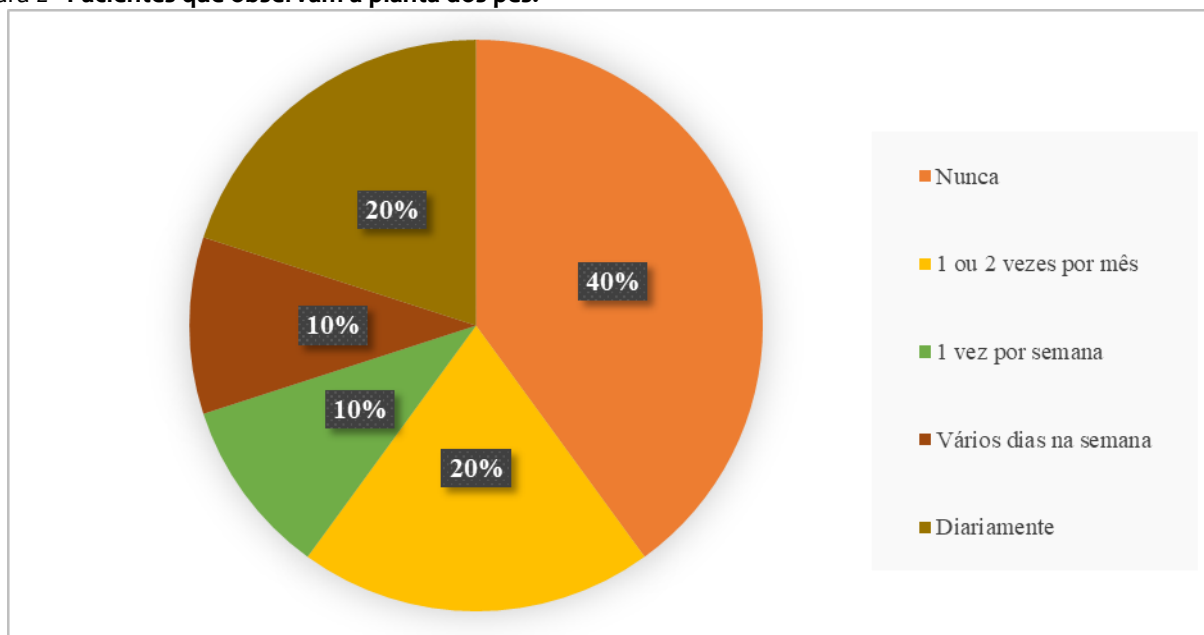
Tabela 7 - Perguntas e respostas sobre cuidado com os pés.

VARIÁVEL	AMOSTRA ESTUDADA	
	Nº PACIENTES	%
Costuma observar a planta dos pés?		
Nunca	4	40
1 ou 2 vezes por mês	2	20

1 vez por semana	1	10	63
Vários dias na semana	1	10	
Diariamente	2	20	
Quando lava os pés, testa previamente a temperatura da água?			
Sim	3	30	
Não	7	70	
Ao limpar os pés, seca o espaço entre os dedos?			
Sim	6	60	
Não	4	40	
Costuma usar cremes hidratantes nos pés?			
Sim	8	80	
Não	2	20	
Costuma inspecionar o interior do sapato antes de usar?			
Sim	7	70	
Não	3	30	
Que tipo de calçados usa?			
Ajustado ao pé, sem folgas	2	20	
Com alguma folga, mas adaptado ao pé	3	30	
Sandálias	4	40	
Outros	1	10	
Quando os sapatos são novos, usa-os durante quantas horas por dia?			
Menos de 2 horas	10	100	
Mais de 2 horas por dia	0	0	
Corta as suas calosidades?			
Sim	3	30	
Não	7	70	
Se tiver algum problema nos pés que não melhora em poucos dias, o que faz: Recorre ao médico assistente?			
Sim	5	50	
Não	5	50	
Faz tratamentos na tentativa de melhorar?			
Sim	7	70	
Não	3	30	
Outros	0	0	

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Figura 2 - Pacientes que observam a planta dos pés.



Fonte: Elaborado pelas autoras.

Primeiramente é possível destacar sobre a observação dos pés no qual 40% afirma nunca fazer. Devido a neuropatia diabética, este paciente terá ferimentos nos pés e não irá sentir, causando mais lesão e evolução para uma ferida necrosada, de forma que é de extrema importância avaliar sempre os pés em busca de machucados. Diante dessa perda de sensibilidade por esse problema neuropático pode haver também lesões térmicas, justificando a importância de conferir a temperatura da água ao limpar os pés, atitude que apenas 30% tem.

Os cuidados de secagem e hidratação também são de suma importância, pois o primeiro evita formação de doenças fúngicas, por exemplo, e o segundo, de formação de rachaduras. São ações mais comuns dentre esses pacientes, no qual 60% e 80% são adeptos a essa prática, respectivamente.

Os calçados são também fontes de novas lesões, então a devida observação da sua qualidade, da presença de corpos estranhos no seu interior e seu cuidado com uso, principalmente quando são novos, devem ser bem orientados pelo médico para evitar ferimentos. Dos participantes, 70% inspecionam seus calçados antes de usá-los e todos eles têm o cuidado de usar menos de 2 horas quando estão com sapatos novos. Porém, 40% diz fazer uso de sandálias, no qual se sabe que são as grandes vilãs da síndrome do pé diabético, pois deixam os pés expostos e suscetíveis a traumas.

Diante de calosidade nos pés, 70% deles cortam e retiram sem auxílio médico, o que não é o ideal, pois necessita de técnica e habilidade correta para sua retirada, além de cuidados para que ocorra uma boa cicatrização evitando, assim, complicações indesejadas.

Quando questionados sobre qual a conduta tomada ao perceberem algum problema nos pés que não melhoram em poucos dias, observou-se que apenas a metade procura o médico assistente. O adequado seria que todos tivessem a instrução e consciência da necessidade de o procurar assim que perceber alguma alteração persistente, pois apenas com o acompanhamento e visualização dessa modificação é que seria possível instituir uma conduta adequada de forma a prevenir uma pior evolução.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo apresenta os cuidados que os pacientes diabéticos que estão internados no Hospital Regional de Porto Nacional-TO, têm com seu pé, evitando que ocorra a síndrome do pé diabético, que consiste em ulcerações devido à deficiência de coagulação, causando assim, problemas na cicatrização decorrente da neuropatia que gera perda de sensibilidade periférica tátil, térmica e dolorosa podendo determinar lesões complexas que se não forem tratadas podem levar à amputação do membro.

Os cuidados com os pés são de extrema importância para a prevenção dessas lesões decorrentes do pé diabético. Dentre as principais cautelas estão a lavagem adequada e escolha do tipo de calçado, principalmente. No presente estudo foi possível inferir que, apesar de que boa parte dos entrevistados terem uma cautela adequada, ainda há aqueles que não têm a consciência da importância dessa prevenção. Somado a isso, constatou-se que, mesmo com o diagnóstico de DM, ainda há aqueles que não sabem sobre sua doença, havendo aqueles que relataram nem ter ouvido falar sobre de que se trata seu diagnóstico.

Diante disso, fica possível questionar se está realmente adequada a relação entre o médico e o paciente de forma a haver clareza nas consultas e informação/conscientização adequada quanto ao tratamento e prevenção de complicações. É provável que uma melhoria nesse quadro possibilitasse uma menor incidência dessas intercorrências, pois o próprio paciente teria maior cautela e saberia como agir para prevenir as complicações.

REFERÊNCIAS

- ADA, **American Diabetes Association Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus**. Diabetes Care, 2014. Visto em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2797383/>
- DMAA, Diabetes Mellitus-Associated Auto immunity Type 1A. **Endocrinol Metab Clin North Am**, 2012.
- SBD, Sociedade Brasileira de Diabetes. **Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes**, 2016. Visto em: <http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>
- GOMES, Marcelo Bolshaw; COBAS, R. Diabetes mellitus. In: Gossi SAA, Pascali PM, organizadores. **Cuidados de enfermagem em diabetes mellitus**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Diabetes; 2014. p. 6-17.
- IRION G. **Feridas: novas abordagens, manejo clínico e atlas em cores**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2015.
- PARISI, MCR. Úlceras do Pé Diabético. In: Jorge AS, Dantas, SRPE, organizadores. **Abordagem multidisciplinar do tratamento de feridas**. São Paulo: Atheneu; 2005. P. 279-86.
- MILECH, A. Pé Diabético. In: Oliveira JEP, Milech A., organizadores. **Diabetes Mellitus: clínica, diagnóstico, tratamento multidisciplinar**. São Paulo: Atheneu; 2010. P. 7-14.
- BOIKE, A.M.; HALL, J.O. **A practical guide for examining and treating the diabetic foot**. Cleve Clin J Med. 2012; 69(4): 342-8.
- BRASILEIRO, José Lacerda et. al. Título: Pé diabético: aspectos clínicos. **Jornal Vascular Brasileiro**. Porto Alegre, 2015, Vol. 04, N° 1.
- GROSS, Jorge Luiz. **Deteção e tratamento das complicações crônicas do diabete melito**. Brasileiro Consenso Brasileiro. Arq Bras End Metab. 2011; 43(1):7-13.
- MOST, R.S.; SINNOCK, P. **The epidemiology o flower extremity amputations in diabetic individuals**. Diabetes Care. 2013; 6:87-91.
- PEDROSA, H.C.; NERY, E.S.; SENA, F.V.; NOVAES, C.; FELDKIRCHER, T.C.; DIAS, M.S.O. et al. **O desafio do projeto salvando o pé diabético**. Terapia em Diabetes. 2011; 4(19): 1-10.
- REIBER, G.E. **The epidemiology of diabetic foot problems**. Diabetic Med. 2016; 13 (Suppl 1):6-11.
- REIBER, G.E; LIPSKY, B.A; GIBBONS, G.W. **The burden of diabetic foot ulcers**. Am J Surg. 2011; 176(Suppl.2A):5-10.

SPICHLER, E.R.S.; MIRANDA, Jr F.; SPICHLER, E.S.; FRANCO, L.J. **Amputações maiores de membros inferiores por doença arterial periférica e diabetes melito no município do Rio de Janeiro.** J Vasc Bras 2014; 3(2):111-22.

SUMPIO, B. **Foot ulcers.** New Engl J Med. 2010; 343(11):787-93.

SOBRE AS AUTORAS E OS AUTORES

Adelson Junior Santos Meira - Faculdade Presidente Antônio Carlos, acadêmico de medicina, Porto Nacional – ITPAC/PORTO.

Annelise Palácio da Costa - Acadêmica do Curso de Medicina – Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos – ITPAC/PORTO.

Celiana Ribeiro Pereira de Assis - Professora no Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos ITPAC/PORTO.

Débora de Souza Ayres – Acadêmica do Curso de Medicina – Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos – ITPAC/PORTO.

Felipe Camargo Munhoz - Doutor em Ciências Fisiológicas, Mestre em Estomatologia, graduado em Odontologia pela Faculdade de Odontologia de Araçatuba (FOA) da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP), professor no Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos ITPAC/PORTO.

Fernando Gomes de Sousa – Acadêmicos do Curso de Medicina – Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos ITPAC/PORTO.

Magalene Gomes Pires Slongo - Acadêmica do Curso de Medicina – Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos – ITPAC/PORTO.

Marllon Cardozo Vieira Rocha – Acadêmicos do Curso de Medicina – Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos ITPAC/PORTO.

Patrícia Camponogara Fontana – Acadêmica do Curso de Medicina – Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos – ITPAC/PORTO.

Railson Carneiro Amaral - Faculdade Presidente Antônio Carlos, acadêmico de medicina, Porto Nacional – TO.

Raimundo Célio Pedreira - Faculdade Presidente Antônio Carlos, acadêmico de medicina, Porto Nacional – TO.

Sabrine Silva Messias Furtado – Acadêmica do Curso de Medicina – Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos – ITPAC/PORTO.

Tathiana Nascimento Marques - Professora do Curso de Medicina – Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos, Médica.

Valcirlei de Araújo - Especialista em Gerontologia pela Universidade Federal do Tocantins – UFT, Graduado em Medicina pelo no Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos – ITPAC, Professor no Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos – ITPAC/PORTO.

Vívian Marina Regis Pedreira - Acadêmica do Curso de Medicina – Instituto Tocantinense
Presidente Antônio Carlos – ITPAC/PORTO.

