



Anais da Faculdade de Medicina de Olinda
Annals of Olinda Medical School

SAÚDE RESPONSABILIDADE SOCIAL





Diretoria da Faculdade de Medicina de Olinda

Diretor Geral

Inácio de Barros Melo Neto

Vice-Diretora Geral

Dra. Maria da Glória Veiga de Barros Melo

Gestor Educacional Institucional

Prof. Maicon Donizete Andrade Silva

Diretor Acadêmico

Prof. Paulo Sávio Angeiras de Goes, PhD

Diretor de Ambulatório

Prof. Dr. Guilherme Simão do Santos Figueira

Conselho Editorial

Editor-Chefe

Prof. Dr. Paulo Sávio Angeiras de Goes

Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil.
Faculdade de Medicina de Olinda. Olinda, Pernambuco, Brasil.

Editora Executiva

Prof^a. Dra. Caroline de Araújo Mariz

Faculdade de Medicina de Olinda. Olinda, Pernambuco, Brasil.

Editores Associados

Prof. Dr. Fernando José de Sá Pereira Guimarães

Faculdade de Medicina de Olinda. Olinda, Pernambuco, Brasil.

Prof^a. Dra. Flávia Regina Gonçalves de Araújo

Faculdade de Medicina de Olinda. Olinda, Pernambuco, Brasil.

Prof. Dr. Joelmir Lucena Veiga da Silva

Faculdade de Medicina de Olinda. Olinda, Pernambuco, Brasil.

Prof^a. Dra. Luciana Ramos Teixeira

Faculdade de Medicina de Olinda. Olinda, Pernambuco, Brasil.

Prof^a. Dra. Thárcia Kiara Beserra de Oliveira

Faculdade de Medicina de Olinda. Olinda, Pernambuco, Brasil.

Prof^a. Dra. Terezinha de Jesus Marques Salles

Faculdade de Medicina de Olinda. Olinda, Pernambuco, Brasil.



Corpo Editorial

Prof. Dr. Andy Petroianu

Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Prof^a. Dra. Cintia Yoko Morioka

Universidade de São Paulo. São Paulo, São Paulo, Brasil.

Prof^a. Dra. Denise de Fátima Barros Cavalcante

Hospital Israelita Albert Einstein. São Paulo, São Paulo, Brasil.

Prof^a. Dra. Érika Rabelo Forte de Siqueira

Faculdade de Medicina de Olinda. Olinda, Pernambuco, Brasil.

Prof. Dr. Fabiano Marcel Serfaty

Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

Prof. Dr. Frederik Karrer

Colorado University. Colorado, Estados Unidos da América.

Prof^a. Dra. Jaqueline Rocha Borges dos Santos

Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

Prof. Dr. José Alberto Ramos Duarte

Instituto Universitário de Ciências da Saúde. Gandra, Portugal.

Prof. Dr. José Eduardo Baroneza

Universidade de Brasília. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

Prof. Dr. Lúcio Villar Rabelo Filho

Universidade Federal de Pernambuco. Recife, Pernambuco, Brasil.
Faculdade de Medicina de Olinda. Olinda, Pernambuco, Brasil.

Prof^a. Dra. Lydia Massako

Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, São Paulo, Brasil.

Prof. Dr. Manoel da Cunha Costa

Universidade de Pernambuco. Recife, Pernambuco, Brasil.

Prof. Dr. Marcos Antônio Barboza da Silva

Faculdade de Medicina de Olinda. Olinda, Pernambuco, Brasil.

Prof^a. Dra. Monalisa Ferreira Azevedo

Universidade de Brasília. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

Prof. Dr. Petrus Augusto Dornellas Câmara

Universidade Federal de Pernambuco. Recife, Pernambuco, Brasil.
Faculdade de Medicina de Olinda, Olinda, Pernambuco, Brasil.

Prof. Dr. Renan Magalhães Montenegro Júnior

Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil.

Prof. Dr. Ruy Lira da Silva Filho

Universidade Federal de Pernambuco. Recife, Pernambuco, Brasil.
Faculdade de Medicina de Olinda. Olinda, Pernambuco, Brasil.

Prof^a. Dra. Tânia Longo Mazzuco

Universidade Estadual de Londrina. Londrina, Paraná, Brasil.

Expediente

Projeto Gráfico/Capa

Produção

Editoração

Departamento de Comunicação da FMO

Faculdade de Medicina de Olinda

Tito França - wtito.mobile@gmail.com



Sumário

Carta ao Editor

Inácio de Barros Melo Neto

Artigo Original

+ Anos potenciais de vida perdidos por doenças do aparelho circulatório em uma capital do Nordeste brasileiro

Cristyane Nathalia Gomes Mendonça, Conceição Maria de Oliveira, Marcela Franklin Salvador de Mendonça

+ Prevalência de sintomas depressivos e ansiosos em profissionais da Atenção Primária à Saúde em um município da região metropolitana do Recife, Pernambuco

Ana Paula Rocha da Costa, Andrezza Soares Souto, Igor Almeida de Moura Barros, Maria Carolina Francino Ferreira Santos, Jéssica Rodrigues Correia e Sá

+ Relação entre cintilografia de perfusão miocárdica e carga de trabalho na identificação de pacientes com alto risco para isquemia miocárdica

Giovanna Sherly de Sá Guedes Marins, Fernando Augusto Pacífico, Dolly Brandão Lages, Michelle Alves de Farias, Mário Cruz Couto, Liliam de Souza Santos, Eduardo Lins Paixão

+ O significado de ser hipertenso a partir da experiência de usuários acompanhados pela Estratégia de Saúde da Família

Flávia Souza Rosa Brandão, Maria Natália Barros Lopes da Cruz Baggio

+ Angioarquitetura da artéria meníngea média em cabeças ósseas humanas: um estudo morfométrico

Ismael Felipe Gonçalves Galvão, Fernando Augusto Pacífico, Bruna Laryssa Santos Borges Machado, Isabella Cristina Oliveira Pacheco, Luciana Larissa Rodrigues dos Santos Queiroz, Renata Cristinny de Farias Campina, Olávio Campos Júnior

+ Impacto da vacina contra o papilomavírus humano nos casos de câncer no colo do útero em mulheres jovens do estado de Pernambuco.

José Kaellyson Barbosa dos Santos Oliveira, Joyce Nobre Tavares, Leila Maria Carlos Teixeira, Maria Clara Silva Rocha, Sarah Oliveira Porto, José Lancart de Lima, Conceição Maria de Oliveira

+ Frequência dos sintomas em pacientes com suspeita de hiperprolactinemia internados em uma clínica psiquiátrica particular em Recife

Emilly Kelly Paiva Damasceno, Gabriel José Paiva Aldeman, Andréia Veras Gonçalves

+ **Prevalência da Síndrome dos Ovários Policísticos em um ambulatório de ginecologia da cidade de Olinda, Pernambuco, no período entre 2018 e 2020**
Myllena Alves Rodrigues, Suellen Nunes de Oliveira, Amanda Fontes Rego, Lorena Magale Dantas

+ **Análise dos fatores de riscos sanitários que interferem na saúde das marisqueiras em uma praia do litoral sul de Pernambuco**
Larissa Souza Penalva, Monic Alves de Lima, Morgana Vital de Araújo, Karoline Albuquerque Farias, Albert Eduardo Martins.

Relato de Caso

+ **Úlcera vulvar, nem sempre uma Infecção Sexualmente Transmissível: relato de um caso de hidradenoma papilífero vulvar**
Fernando Augusto Pacífico, Luciana Maria Queiroz de Oliveira Borges, Ismael Felipe Gonçalves Galvão, Joanna Pimentel de Vasconcelos, Ana Claudia Pimentel de Vasconcelos, Angelina Farias Maia, Petrus Augusto Dornelas Câmara

Relato de Experiência

+ **Ações educativas para prevenção e controle da tuberculose: um relato de experiência**
Flávia Souza Rosa Brandão, Cynthia Galvão Inácio, Eduarda Lima de Amorim Gomes, Francisco Gustavo Carneiro Medeiros, Suellen Pâmala Salgueiro de Aquino

Resenha Crítica

+ **Por:** Mário Cruz Couto; Fernando Augusto Pacífico



Carta ao Editor

Inácio de Barros Melo Neto

Prezado Editor,

Em mais um número da Revista Anais da Faculdade de Medicina de Olinda, ficamos entusiasmados em constatar que o resultado das apostas institucionais da Faculdade de Medicina de Olinda (FMO) está fortalecendo o ensino e a pesquisa. As nossas produções acadêmicas são impulsionadas com a revista indexada e reconhecida por órgãos nacionais e internacionais, podendo assim serem lidas nas línguas portuguesa e inglesa e atingirem fronteiras além do nosso país, como a comunidade acadêmica internacional. A cada número, reproduzimos novos artigos originais, resenhas de livros atuais e relatos de experiências focadas na responsabilidade social.

O que também constatamos nesse número é o reflexo dos investimentos na formação em Medicina dos nossos estudantes, devendo ser destacado que nosso programa institucional de iniciação científica (PRODIIC - 2024) chegou à marca de 63 projetos de pesquisas, demonstrando a capacidade instalada de mestres e doutores no nosso corpo docente e a proposição de projetos relevantes para o progresso da ciência e para sociedade.

De forma transversal, o Programa FMO Global segue oferecendo a oportunidade de aprofundamento em idiomas, com um foco decisivo na língua inglesa, a fim de possibilitar aos estudantes uma mentalidade global e uma ação local socialmente referenciada na sua prática médica. Atualmente, mais de 850 estudantes estão praticando a língua inglesa. Uma análise dos resultados desse semestre demonstrou a realização de mais de 24.000 atividades via plataforma de ensino de línguas com percentual de acertos que supera 70%. Ainda oferecemos oito cursos de inglês presenciais com cerca de 100 estudantes sendo acompanhados permanentemente por uma professora qualificada, o que torna essa tarefa ainda mais estimulante.

Não menos importante, devemos destacar o papel exercido pelas nossas 28 ligas acadêmicas das mais variadas especialidades da Medicina. Essas cumprem com zelo os nossos objetivos de consolidar as metas relativas à responsabilidade social, oferecendo uma ampla gama de ações de formação para estudantes da FMO e de outras instituições que buscam melhorar seus conhecimentos. Isso é realizado utilizando um conjunto de ações de educação e promoção de saúde para usuários do Sistema Único de Saúde e para comunidades em áreas de vulnerabilidade social e com dificuldade de acesso a serviços de saúde de qualidade.

Reforçando nossa responsabilidade social, celebramos neste semestre o 1º ano do Instituto Maria. Este tem como princípio fundamental oferecer atendimento multidisciplinar (atendimento médico, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, odontologia, psicologia, psicopedagogia, educação física, musicoterapia e assistência social) às crianças com síndrome de Down, a fim de proporcionar todas as con-

dições de inserção no mundo do trabalho e na sociedade, tornando-os capazes de aproveitar as oportunidades da vida. Atualmente, acompanhamos e apoiamos 218 crianças e suas famílias de 37 municípios do estado de Pernambuco. Em breve, se tornará um núcleo de pesquisas voltadas a essa população.



No campo do ensino, iniciamos o serviço de ultrassonografia em 2024 visando ampliar a formação dos nossos estudantes e oferecer a oportunidade de estarem à frente do tempo na área de Medicina. Além disso, retomamos o nosso programa de mentorias, colocando docentes qualificados à disposição dos nossos estudantes de modo a modelar uma formação quase personalizada para as necessidades dos nossos estudantes. Seguimos em frente trabalhando de forma coesa e qualificada para que os médicos formados por nossa instituição possam se distinguir na sociedade pela sua capacidade técnica e humanística, além de contar com canais sólidos para divulgação das suas produções científicas, a exemplo da nossa revista.



Anos potenciais de vida perdidos por doenças do aparelho circulatório em uma capital do Nordeste brasileiro

Potential years of life lost due to diseases of the circulatory system in a capital of Brazilian Northeast



Cristyane Nathália Gomes Mendonça^{1,2}  Conceição Maria de Oliveira^{1,2} 

Marcela Franklin Salvador de Mendonça³ 

¹ Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde, Secretaria de Saúde do Recife. Recife, Pernambuco, Brasil.

² Faculdade de Medicina de Olinda. Olinda, Pernambuco, Brasil.

³ Secretaria de Saúde de Pernambuco. Recife, Pernambuco, Brasil.

Resumo

Objetivo: Estimar os anos potenciais de vida perdidos por doenças do aparelho circulatório (DAC) de residentes no Recife, Pernambuco.

Métodos: Estudo descritivo com abordagem quantitativa dos óbitos por DAC de residentes no Recife de 1 a 74 anos de idade, ocorridos em 2017. Os dados foram obtidos do Sistema de Informações sobre Mortalidade. Calcularam-se os anos potenciais de vida perdidos (APVP) e sua taxa.

Resultados: No ano estudado, ocorreram 12.038 óbitos de residentes no Recife; destes, 1.363 (20,2%) foram por doença arterial coronariana. No sexo masculino, a taxa de APVP foi de 16,27 anos/1.000 habitantes. A faixa etária entre 60 e 64 anos apresentou maior taxa de APVP (53,20 anos/1.000 habitantes). O tipo de DAC que apresentou maiores APVP (9.853 anos) foram as doenças isquêmicas do coração em ambos os sexos, com 6.701 anos perdidos nos homens (taxa de APVP = 9,24 anos/1.000 habitantes) e 3.152 anos nas mulheres (taxa de APVP = 3,78 anos/1.000 habitantes).

Em todos os tipos de DAC, os homens apresentaram aproximadamente duas vezes mais chances de morrer comparado às mulheres (RC = 1,8). **Conclusão:** Os APVP e as taxas de APVP são indicadores pouco utilizados para análise do padrão de mortalidade. Contudo, as informações apresentadas desses indicadores poderão servir para nortear ações que

Como citar: Mendonça **CNG**, Oliveira **CM**, Mendonça **MFS**. Anos potenciais de vida perdidos por doenças do aparelho circulatório em uma capital do Nordeste brasileiro. An Fac Med Olinda 2024; 1(11):1 doi: <https://doi.org/10.56102/afmo.2024.317>

Autor correspondente:

Cristyane Nathália Gomes Mendonça.

E-mail: cristyane.

mendonca@hotmail.com

Fonte de financiamento:

Não se aplica

Parecer CEP: CAAE nº

10394919.6.0000.5569.

Recebido em: 13/11/2023

Aprovado em: 05/03/2024

visam a promoção da saúde e a prevenção das DAC.

Palavras-chave: Anos potenciais de vida perdidos; Doença crônica; Doenças do aparelho circulatório; Mortalidade.

Abstract

Aim: To estimate the potential years of life lost (PYLL) due to diseases of the circulatory system (DCS) in residents of Recife (Pernambuco). **Methods:** This descriptive study used a quantitative approach to analyze deaths from DCS among individuals aged 1 to 74 residing in Recife during 2017. Data were obtained from the Mortality Information System, and the PYLL and their rate (PYLLR) were calculated. **Results:** Deaths from DCS were concentrated in the oldest age groups: 60 to 69 (36.7% of men and 42.6% of women) and 50 to 59 (27.4% of men and 19.2% of women). Most deaths occurred among individuals of brown ethnicity (61.0%) with one to three years of education (26.0%), in hospitals (64.0%), and were attributed to ischemic heart disease (54.7%). The overall mortality rate was about twofold higher in men. In addition, the PYLLR was significantly higher in men than in women (16.27 years per 1,000 inhabitants vs. 7.37 years per 1,000 inhabitants, respectively). The age group between 60 to 64 years had the highest PYLLR (53.20 years per 1,000 inhabitants), followed by 65 to 69 (52.60 years per 1,000 inhabitants). Ischemic heart disease was the DCS with the highest PYLL, totaling 9,853 years: 6,701 lost in men (PYLLR = 9.24 years per 1,000 inhabitants) and 3,152 in women (PYLLR = 3.78 years per 1,000 inhabitants). Men were about twofold more likely to die than women. **Conclusion:** PYLL was more pronounced in men; they were more likely to die from DCS than women.

Keywords: Chronic disease; Diseases of the circulatory system; Mortality; Potential years of life lost.

INTRODUÇÃO

As doenças do aparelho circulatório (DAC) são uma das principais causas de morte na população brasileira, responsáveis por 267.635 mortes em 1990 (29,3% do total de óbitos) e 424.058 (31,2% do total de óbitos) em 2015, acréscimo de 31,2%^{1,2}. Entre esse grupo de causas, a doença isquêmica do coração (DIC) e as cerebrovasculares (DCBV) são as mais prevalentes³.

A DCBV é uma das doenças mais negligenciadas no Brasil. Ela apresenta incidência e mortalidade elevadas, que determinam uma transição epidemiológica lenta no país em comparação aos territórios com desenvolvimento socioeconômico similar. A hipertensão é o principal fator de risco das DCBV; já para as DIC, há quatro grandes fatores de risco envolvidos: dislipidemia, hipertensão, tabagismo e diabetes^{4,5}.

No território brasileiro, o risco de morte por DCBV e DIC é semelhante no sexo masculino e maior por DCBV no sexo feminino, contudo, a mortalidade por DIC nas mulheres é predominante em regiões mais desenvolvidas. As regiões Nordeste e Norte apresentam aumento da

mortalidade por DIC, enquanto, no Centro-oeste, não se encontra alteração no comportamento dos óbitos por essas causas⁶.

A DAC tem contribuído para a perda de qualidade de vida com alto grau de limitação e incapacidade para as atividades de vida diária e laborais, gerando impactos econômicos nas famílias e no sistema de saúde, até mesmo empobrecimento e prejuízo social⁸. Além disso, estudos apontam que as DAC, atualmente, têm gerado elevado número de mortes prematuras (30 a 69 anos) influenciando os anos de vida perdidos^{7,8}.

Os anos potenciais de vida perdidos (APVP) são um indicador de valor social e econômico utilizado para analisar a mortalidade em países desenvolvidos e em desenvolvimento. Esse indicador define e classifica as causas de morte prematuras e os fatores de risco para sua ocorrência e mensura o impacto das ocorrências no âmbito social. Ele também é capaz de abranger a magnitude, vulnerabilidade e transcendência das causas do óbito⁸.

O indicador APVP apresenta um peso maior aos óbitos de pessoas mais jovens, pois ele sugere que qualquer indivíduo pode, teoricamente, viver durante um determinado número de anos. Quando ocorre a morte precoce, numa fase da vida de alta produtividade, o indivíduo perde a possibilidade de contribuir para a sociedade com sua carga intelectual e econômica durante certa quantidade de anos potenciais de vida, traduzidos pela diferença entre o limite superior estabelecido e a idade no momento da morte⁹.

Considerando a perspectiva da vigilância da saúde cardiovascular, o cálculo dos APVP por DAC é relevante, uma vez que poderá contribuir para o monitoramento dos fatores de risco modificáveis e para a obtenção de indicadores dos serviços de saúde¹⁰. Pesquisas com esse recorte poderiam subsidiar o direcionamento de adoção de medidas preventivas pelos serviços de saúde, porém, sabe-se que tais pesquisas são escassas, principalmente nos municípios do Nordeste brasileiro. Nesse sentido, o objetivo deste estudo é estimar os APVP por DAC de residentes no Recife, Pernambuco.

MÉTODOS

Esse estudo do tipo descritivo com abordagem quantitativa foi realizado no Recife, capital do estado de Pernambuco. A cidade possui área de 218,5 quilômetros quadrados, com 1.633.697 habitantes (2017). A rede básica de saúde é composta por: 134 Unidades da Estratégia Saúde da Família, com 276 Equipes de Saúde da Família e 56 Equipes da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde. Também compõem a rede básica 20 Núcleos Ampliados de Saúde da Família e 6 Núcleos de Práticas Integrativas. A rede de saúde ainda conta com 41 Polos de Academia da Cidade, uma das estratégias da política de promoção à saúde com ênfase na atividade física, lazer e alimentação saudável, e 12 policlínicas¹¹.

Foram estudados todos os óbitos por DAC de residentes no Recife de 1 a 74 anos de ida-

de ocorridos no ano de 2017. Foram excluídos óbitos de menores de 1 ano de idade, pois não se pretendia analisar a mortalidade infantil, e dos maiores de 74 anos, por se tratar do limite superior da expectativa de vida para o método de cálculo escolhido. As causas de morte analisadas se basearam na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, Décima Revisão, por DAC (I00-I99), e seus principais grupos foram: doenças hipertensivas (I10-I15), DIC (I20-I25) e DCBV (I60-I69).

Os dados foram provenientes do Sistema de Informações sobre Mortalidade, disponibilizado pela Secretaria de Saúde do Recife. Foram analisados todos os óbitos por DAC de acordo com as seguintes variáveis extraídas das declarações de óbito: sexo, faixa etária, raça/cor, escolaridade, situação conjugal, local de ocorrência do evento e principais grupos de DAC. Para a análise descritiva e cálculo estatístico das variáveis, a fonte de dados populacionais utilizada foi estimada pela Secretaria de Saúde do Recife, referente ao ano de 2017, a partir do censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística de 2010, na faixa etária de 1 a 74 anos de idade.

Na caracterização dos óbitos, foram calculadas as frequências absolutas e relativas. Foram estimadas as taxas de mortalidade, APVP e taxa de anos potenciais de vida perdidos, *odds ratio* (OC) e p-valor. Para a análise estatística, foi utilizado o programa EpiInfo 7.2.3.1. Estimou-se a OR para as diferenças entre os sexos e o qui-quadrado de Pearson para tendência entre as faixas etárias. No que se refere aos APVP, foi utilizada a matriz de cálculo disponibilizada pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde em planilhas eletrônicas.

Nessa matriz, em cada grupo etário, foi multiplicado o número de óbitos pela média de anos que faltavam para atingir a idade limite de 74 anos. Essa diferença foi obtida a partir do ponto médio de cada faixa etária. Foi realizada também a razão entre as taxas de APVP do sexo masculino em relação ao feminino, dividindo-se a taxa maior pela menor entre os sexos. O cálculo dos APVP por determinada causa de óbito foi obtido por uma adaptação da proposta de Romeder e McWhinnie¹², cuja expressão matemática é $APVP = \sum aidi$, onde: “ai” configurou o número de anos que faltavam para completar a idade correspondente ao limite superior considerado, quando a morte ocorreu entre as idades de i e i+1 anos; e “di” consistiu no número de óbitos ocorridos entre as idades de i e i+1 anos.

Já para as taxas de APVP, a expressão matemática foi $TAPVP = \sum aidi \cdot 1.000/N$, na qual: TAPVP foram as taxas de APVP e N correspondeu ao número de pessoas entre 1 e 74 anos de idade na população.

RESULTADOS

No ano estudado, ocorreram 12.038 óbitos de residentes no Recife, sendo 6.747 (56,1%) na faixa etária de 1 a 74 anos, dentre os quais 1.363 (20,2%) foram por DAC. Observou-se concentração dos óbitos por DAC nas faixas etárias 60 a 64 anos e 65 a 69 anos, sendo 306

(36,7%) de homens e 226 (42,6%) de mulheres, seguido de 50 a 54 anos e 55 a 59 anos, sendo 228 (27,3%) de homens e 102 (19,2%) de mulheres. A raça/cor parda e 1 a 3 anos de estudo na escolaridade foram predominantes para ambos os sexos (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização dos óbitos DAC segundo variáveis demográficas, local de ocorrência do evento e tipos de DAC por sexo. Recife, Pernambuco, Brasil, 2017

Variáveis	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	nº	%
Faixa etária (em anos completos)*						
10–14	1	0,1	1	0,2	2	0,1
15–19	-	-	1	0,2	1	0,1
20–24	1	0,1	1	0,2	2	0,1
25–29	5	0,6	2	0,4	7	0,5
30–34	6	0,7	5	0,9	11	0,8
35–39	19	2,3	5	0,9	24	1,8
40–44	23	2,8	12	2,3	35	2,6
45–49	68	8,2	26	4,9	94	6,9
50–54	101	12,1	42	7,9	143	10,5
55–59	127	15,2	60	11,3	187	13,7
60–64	147	17,6	99	18,7	246	18,0
65–69	159	19,1	127	24,0	286	21,0
70–74	176	21,1	149	28,1	325	23,8
Raça/cor*						
Branca	258	31,0	163	30,8	421	30,9
Preta	59	7,1	36	6,8	95	7,0
Parda	513	61,6	328	61,9	841	61,7
Indígena	1	0,1	1	0,2	2	0,1
Ignorada	2	0,2	2	0,4	4	0,3
Escolaridade						
Nenhuma	66	7,9	77	14,5	143	10,5
1–3	217	26,1	141	26,6	358	26,3
4–7	185	22,2	114	21,5	299	21,9
8–11	208	25,0	102	19,2	310	22,7
12 ou mais	74	8,9	42	7,9	116	8,5
Ignorada	83	10,0	54	10,2	137	10,1
Situação conjugal						
Solteiro	329	39,5	241	45,5	570	41,8
Casado	349	41,9	132	24,9	481	35,3
Viúvo	58	7,0	101	19,1	159	11,7
Divorciado	65	7,8	37	7,0	102	7,5
União estável	20	2,4	6	1,1	26	1,9
Ignorada	12	1,4	13	2,5	25	1,8

Local de ocorrência						
Hospital	533	64,0	376	70,9	909	66,7
Outros estabelecimentos de saúde	81	9,7	40	7,5	121	8,9
Domicílio	178	21,4	103	19,4	281	20,6
Via pública	21	2,5	6	1,1	27	2,0
Outros	20	2,4	5	0,9	25	1,8
Principais grupos de DAC						
DIC	456	54,7	286	54,0	742	54,4
DCBV	294	35,3	178	33,6	472	34,6
Doenças hipertensivas	83	10,0	66	12,5	149	10,9

*Não ocorreram óbitos na faixa etária de 1–9 anos e de raça/cor amarela. DAC: Doenças do aparelho circulatório; DIC: Doenças isquêmicas do coração; DCBV: Doenças cerebrovasculares. N: Número de indivíduos.

Quanto ao local de ocorrência dos óbitos, para ambos os sexos, a maior parte aconteceu no hospital (66,7%), contudo, destacaram-se também as mortes em domicílio (20,6%) e em outros estabelecimentos de saúde (8,9%). Considerando os principais grupos de DAC, os achados para homens e mulheres foram semelhantes. A maioria dos óbitos foi por DIC (54,4%), seguidas pelas DCVB (34,6%) e pelas doenças hipertensivas (10,9%) (Tabela 1).

O coeficiente taxa de mortalidade geral foi de 85,8 óbitos por 100 mil habitantes e foi cerca de duas vezes maior no sexo masculino do que no feminino, o que é estatisticamente significativo ($p = 0,00$). O maior coeficiente ocorreu na faixa etária entre 70 e 74 anos: 929,1/100 mil habitantes ($p = 0,00$) (Tabela 2). Para os APVP por DAC, o município apresentou uma taxa de 11,51 anos/1.000 habitantes.

No sexo masculino, a taxa de APVP foi de 16,27 anos/1.000 habitantes, maior do que a encontrada no feminino, com 7,37 anos/1.000 habitantes. A faixa etária entre 60 e 64 anos apresentou maior taxa de APVP (53,20 anos/1.000 habitantes), seguida de 65 a 69 anos (taxa de APVP = 52,60 anos/1.000 habitantes). Os homens apresentaram aproximadamente duas vezes mais chances de morrer do que as mulheres (OR 1,8; $p = 0,00$) (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição absoluta, CM, taxa de APVP, *odds ratio* e p-valor dos óbitos por doenças do aparelho circulatório por sexo e faixa etária. Recife, Pernambuco, Brasil, 2017

Variáveis	Nº	CM	Taxa de APVP	OR	p-valor
Sexo					
Feminino	530	63,6	7,37	1	-
Masculino	833	114,9	16,27	1,8	0,00
Faixa etária*					
10–14	2	1,6	0,99	2,1	0,96
15–19	1	0,7	0,43	1,0	-

20–24	2	1,3	0,71	1,8	0,86
25–29	7	4,7	2,24	6,2	0,05
30–34	11	7,9	3,41	10,6	0,00
35–39	24	18,9	7,18	25,2	0,00
40–44	35	29,3	9,67	39,1	0,00
45–49	94	84,9	23,77	113,2	0,00
50–54	143	149,9	34,48	200,0	0,00
55–59	187	247,6	44,57	330,3	0,00
60–64	246	409,2	53,20	545,8	0,00
65–69	286	657,5	52,60	877,0	0,00
70–74	325	929,1	27,87	1239,3	0,00
Total	1363	2.542,64	11,51	116,6	0,00

*Não ocorreram óbitos na faixa etária de 1–9 anos. CM: Coeficiente de mortalidade. OR: odds ratio.

APVP: Anos potenciais de vida perdidos. N: Número de indivíduos. $p < 0,05$: Estatisticamente significativa.

O tipo de DAC que apresentou maiores APVP (9.853 anos) foram as DIC em ambos os sexos, com 6.701 APVP nos homens (taxa de APVP = 9,24 anos/1.000 habitantes) e 3.152 APVP nas mulheres (taxa de APVP = 3,78 anos/1.000 habitantes). Em todos os tipos de DAC, os homens apresentaram aproximadamente duas vezes mais chances de morrer comparado às mulheres (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição absoluta, CM, APVP, taxa de APVP, razão de chances e p-valor dos óbitos por DIC, segundo sexo e principais grupos de DAC. Recife, Pernambuco, Brasil, 2017

Variáveis	DIC	DCBV	Doenças hipertensivas	Total
Masculino				
Nº	456	294	83	833
CM	62,9	40,6	11,5	114,9
APVP	6.701	3.871	1.219	11.79
Tx. APVP	9,24	5,34	1,68	16,27
OR	1,8	1,9	1,4	1,8
p-valor	<0,00	<0,00	0,02	<0,00
Feminino				
Nº	286	178	66	530
CM	34,3	21,3	7,9	63,6
APVP	3.152	2.251	745	6.15
Tx. APVP	3,78	2,70	0,89	7,37
OR	1	1	1	1
p-valor	-	-	-	-

DIC: Doenças isquêmicas do coração. DCBV: Doenças cerebrovasculares.

Nº: Número de indivíduos. CM: Coeficiente de mortalidade. Tx. APVP: Taxa de anos potenciais de vida perdidos. OR: Odds ratio. $p < 0,05$: estatisticamente significativa.

DISCUSSÃO

Os óbitos por DAC foram a primeira causa de morte de residentes do Recife, acompanhando o padrão nacional e mundial¹. O crescimento da incidência e prevalência observado nessas doenças, nos últimos anos, obedece principalmente às mudanças no estilo de vida que impactam os fatores de risco, como: inatividade física, alimentação inadequada, diabetes, obesidade e o envelhecimento da população¹³.

Em relação à concentração dos óbitos por DAC nas faixas etárias, observou-se que foi maior entre as mulheres na faixa de 60 a 69 anos. Já nos homens, houve maior ocorrência entre 50 e 59 anos, o que reflete mortalidade mais precoce entre o sexo masculino. Estudo realizado no Brasil e seus estados¹⁴ mostrou que as diferenças entre os sexos sugerem que as mudanças no Brasil apresentam o mesmo padrão observado mundialmente, ou seja, à medida que o nível de desenvolvimento aumenta, a mortalidade por DAC tende a diminuir inicialmente entre as mulheres.

Assim, a diminuição mais expressiva da mortalidade padronizada por idade em mulheres nas regiões Norte e Nordeste, em divergência com a redução equivalente entre os sexos no Sudeste e no Sul, pode sugerir que o Norte e o Nordeste ainda apresentam atraso na redução das taxas de mortalidade entre homens por apresentarem menor desenvolvimento e, consequentemente, pior acesso aos serviços de saúde¹⁴.

Além das faixas etárias mais avançadas tanto nos homens quanto nas mulheres, o número de óbitos por DAC foi prevalente também na raça/cor parda e ensino fundamental incompleto (1 a 3 anos de estudo). As DAC acarretaram mais de sete milhões de óbitos por ano em todo o mundo, principalmente em grupos vulneráveis, como idosos, pessoas de menor renda e escolaridade¹³. A população está em processo de envelhecimento, e, por isso, tornam-se necessárias novas estratégias na Política Nacional do Idoso e na Política de Envelhecimento Ativo, incentivando o envelhecimento com qualidade de vida para a população¹⁵.

Em relação ao local de ocorrência, a maioria dos óbitos aconteceu em hospitais. Esses achados estão em consonância com um estudo realizado no Recife¹⁶, que verificou uma porcentagem de óbitos hospitalares de 82,2% e domiciliares de 19,5%. Os autores observaram um maior risco do óbito hospitalar nas camadas mais desfavorecidas de recursos, já que essa população tem dificuldade de acesso nas fases iniciais da doença. Assim, essas pessoas são conduzidas ao hospital mais tardiamente, o que limita sua assistência nas fases mais avançadas¹⁶.

Os desafios são evidentes em relação à saúde no Brasil, apresentando lacunas na rede de atenção à saúde na oferta dos serviços de média e alta complexidade. O sucateamento do Sistema Único de Saúde torna-se um obstáculo para o enfrentamento dessas morbidades, que se tornarão mais predominantes com o envelhecimento populacional¹⁷.

Considerando os principais grupos de DAC, a maior parte dos óbitos ocorreu por DIC,

seguida das DCBV, o que corrobora outros estudos realizados no Brasil^{3,19}. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, estima-se que, até 2030, o acidente vascular encefálico continue sendo a segunda maior causa de morte no mundo²⁰.

A formação da placa de ateroma e suas consequências clínicas (infarto do miocárdio e acidente vascular encefálico) associam-se intimamente com determinados fatores de risco cardiovascular, como hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, diminuição do HDL-c, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e obesidade²¹. É competência da Atenção Primária à Saúde prevenir, diagnosticar e tratar precocemente as possíveis complicações decorrentes dessas doenças. Para tanto, é importante realizar ações de promoção da saúde e de prevenção das doenças considerando os fatores de risco mais prevalentes na população¹³.

Neste estudo, o coeficiente de mortalidade geral foi cerca de duas vezes maior nos homens do que o encontrado entre as mulheres. Esse achado está em consonância com outros estudos realizados no Brasil, nos quais o coeficiente de mortalidade geral das DAC apresentou tendência de crescimento, com destaque para o sexo masculino^{22,14}.

Sabe-se que as mulheres utilizam mais os serviços de saúde, possibilitando diagnóstico e tratamento mais precoces, o que pode resultar em menor mortalidade¹⁷. O conceito de masculinidade hegemônica, incorporado na sociedade brasileira, perpetua a ideia de que o homem deve expressar comportamentos que demonstrem sua força e resistência e que a procura pelos serviços de saúde deve ocorrer quando já estão doentes, acarretando, assim, resultados negativos à sua própria saúde²³.

Observou-se que o sexo masculino apresentou a taxa de APVP duas vezes maior que o feminino. Esse achado também foi semelhante ao estudo realizado no município de Ribeirão Preto, São Paulo, para as doenças cardiovasculares²⁴. Uma pesquisa realizada nos Estados Unidos mostrou que, após infarto agudo do miocárdio, o sexo masculino perde, em média, 41,8% de anos de vida restantes, enquanto o sexo feminino, apenas 10,5%. Isso mostra que, mesmo sendo em um país desenvolvido, os APVP são maiores no sexo masculino²⁵.

Os APVP refletem a redução da produtividade socioeconômica, alertando para a necessidade de implementar e melhorar políticas e ações de cunho preventivo mais eficazes para restringir a ocorrência de mortes prematuras por DAC. A aplicação do indicador APVP qualifica as mortes, pois mensura a magnitude, transcendência e vulnerabilidade de cada óbito existente. Por isso, ele oferece um novo critério para definir prioridades²⁶.

Um estudo canadense revelou a importância de se utilizar os APVP para um quadro mais completo sobre as doenças crônicas²⁷. Esse indicador contribui para avaliar o andamento das intervenções em saúde. Essas informações colaboram com o direcionamento das ações de promoção e prevenção de doenças crônicas tanto em termos de relação custo-benefício quanto de impacto na redução da carga de mortalidade prematura. Além disso, o uso desse indicador tam-

bém auxiliaria na construção de sistema de vigilância de doenças crônicas mais abrangentes, já que possibilitaria o monitoramento dessas doenças para se alcançar de metas de políticas de saúde pública voltadas para doenças crônicas^{27, 28}.

O tipo de DAC que apresentou os maiores APVP foram as DIC em ambos os sexos. Mais da metade dos óbitos nos homens e mulheres foi por DIC, seguidas de DC e DH. Um estudo realizado no Brasil e em seus estados, em 1990 e 2015, ao analisar as causas cardiovasculares específicas, revelou que, entre essas doenças, a cardiopatia isquêmica é a principal causa de morte cardiovascular em todo o território nacional, com exceção do Amapá, seguida das DCBV¹⁴. Esse dado coincide com a transição epidemiológica no país²⁹.

Além disso, o predomínio da cardiopatia isquêmica como causa de morte pode refletir o melhor controle da hipertensão arterial, fortemente associada à doença cerebrovascular, quando comparada com a dislipidemia e o diabetes, sendo mais associado à cardiopatia isquêmica³⁰. De fato, o aumento da prevalência de diabetes no Brasil segue a epidemia de obesidade. Isso se mostra um desafio a ser enfrentado para que se mantenha a redução da mortalidade por doenças cardiovasculares nos próximos anos¹⁴.

CONCLUSÕES

Observou-se concentração dos óbitos por DAC nas faixas etárias mais avançadas, raça/cor parda e 1 a 3 anos de estudo quanto à escolaridade. No que tange ao local de ocorrência dos óbitos, a maior parte aconteceu no hospital. Em relação aos principais grupos de DAC, constatou-se predomínio dos óbitos por DIC seguido das DCBV.

O coeficiente de mortalidade geral foi cerca de duas vezes maior no sexo masculino. Para os APVP, o município apresentou uma taxa de 11,51 anos/1.000 habitantes. No sexo masculino, a taxa de APVP foi maior do que a encontrada no feminino. Em todos os tipos de DAC, os homens mostraram aproximadamente duas vezes mais chances de morrer comparado às mulheres.

Os APVP e as taxas de APVP são indicadores pouco utilizados para análise do padrão de mortalidade. Contudo, as informações apresentadas desses indicadores poderão servir para nortear ações que visem a promoção da saúde e a prevenção das DAC. A realização de um diagnóstico em saúde que contemple o perfil de mortalidade e seus impactos, bem como os anos de vida perdidos pelas DAC, deve ser considerado pelos gestores e em pesquisas de saúde, pois é fundamental para o planejamento e assistência à saúde.

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

CNGM: Conceitualização, curadoria de dados, análise formal, investigação, metodologia,

redação – rascunho original e redação – revisão e edição; **MFSM**: análise formal, validação e redação – revisão e edição; **CMO**: Conceitualização, curadoria de dados, análise formal, investigação, validação, metodologia, supervisão, redação – rascunho original e redação – revisão e edição. Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Cardiovascular disease. 2017. Disponível em: <http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/> Acesso: em 01 Dez 2019.
2. Roth GA, Forouzanfar MH, Moran AE, Barber R., Nguyen G, Feigin VL et al. Demographic and epidemiologic drivers of global cardiovascular mortality. *N Engl J Med*. 2015;372(14):1333-41. doi: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1406656>. PMID: 25830423; PMCID: PMC4482354.
3. Mansur A de P, Favarato D. Trends in Mortality Rate from Cardiovascular Disease in Brazil, 1980-2012. *Arq. Bras. Cardiol*. 2016;107(1):20-25. <https://doi.org/10.5935/abc.20160077>
4. Lotufo PA et al. Doença cerebrovascular no Brasil de 1990 a 2015: Global Burden of Disease 2015. *Rev. bras. epidemiol*. 2017;20(1):129-141. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700050011>
5. Mussi FC, Teixeira JB. Fatores de risco cardiovascular, doenças isquêmicas do coração e masculinidade. *Rev Cubana Enferm [Internet]*. 2018;34(2).
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Saúde Brasil Estados 2018: uma análise de situação de saúde segundo o perfil de mortalidade dos estados brasileiros e do Distrito Federal, 2018.
7. Confortin SC et al. Mortalidade prematura pelas principais doenças crônicas não transmissíveis nos estados do Brasil. *Rev. Bras. Enferm. [Internet]*. 2019;72(6): 1588-1594. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0701>
8. Andrade SSC de A, Mello-Jorge MHP de. Mortality and potential years of life lost by road traffic injuries in Brazil, 2013. *Rev Saúde Pública [Internet]*. 2016;50. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006465>
9. Garcia LAA et al. Anos potenciais de vida perdidos e tendência de mortalidade na população adulta em um município do Triângulo Mineiro, 1996-2013. *Medicina (Brazil)*. 2017;50(4):216–226. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v50i4p216-226>
10. Fraga JCAXO, Corrêa ACP, Rocha RM, Silva LA, Medeiros RMK, Mozer IT. Principais Causas da Mortalidade Masculina e os Anos Potenciais de Vida Perdidos por estes Agravos. *Cienc Cuid Saude*. 2016;15(4):746-754.
11. RECIFE, Governo Municipal, Secretaria de Saúde do Recife, Secretaria Executiva de Coordenação Geral, Plano Municipal de Saúde 2018 - 2021 / Governo Municipal, Secretaria de Saúde do Recife, Recife. Secretaria Executiva de Coordenação Geral, Diretoria Executiva de

- Planejamento, Orçamento e Gestão da Informação. _ 1ª. Ed. - Secretaria de Saúde do Recife, 2018. xxx p.: - il. Disponível em: https://www2.recife.pe.gov.br/sites/default/files/plano_municipal_de_saude_2018-2021_4.pdf
12. Romeder JM, McWhinnie JR. Potential years of life lost between ages 1 and 70: an indicator of premature mortality for health planning. *International Journal of Epidemiology*. 1977;6:143-151. doi: <https://doi.org/10.1093/ije/6.2.143>. PMID: 892979.
 13. Bonotto GM, Mendoza-Sassi RA, Susin LR. O. Conhecimento dos fatores de risco modificáveis para doença cardiovascular entre mulheres e seus fatores associados: um estudo de base populacional. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016; 21(1):293–302. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015211.07232015>
 14. Brant LCC et al. Variações e diferenciais da mortalidade por doença cardiovascular no Brasil e em seus estados, em 1990 e 2015: estimativas do Estudo Carga Global de Doença. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2017; 20(1):116–128. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700050010>
 15. Reis CS dos, Noronha K, Wajnman S. Envelhecimento populacional e gastos com internação do SUS: uma análise realizada para o Brasil entre 2000 e 2010. *Rev. bras. estud. popul.* [online]. 2016;(33)3:591-612. <http://dx.doi.org/10.20947/S0102-30982016c0007>
 16. Magalhães APR, Paiva SC e, Ferreira LOC, Aquino TA. A mortalidade de idosos no Recife: quando o morrer revela desigualdades. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2011 Jun [citado 2024 Jul 03]; 20(2): 183-192. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742011000200007&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742011000200007>.
 17. Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, Araújo SSC, Silva MMA, Freitas MIF, et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2017; 51(1):1-10. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000090>
 18. Marcucci FCI, Cabrera MAS. Morte no hospital e no domicílio: influências populacionais e das políticas de saúde em Londrina, Paraná, Brasil (1996 a 2010). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015;20(3):833-840. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.04302014>
 19. Nunes MC, Kreuser LJ, Ribeiro AL, Sousa GR, Costa HS, Botoni FA et al. Prevalence and risk factors of embolic cerebrovascular events associated with Chagas heart disease. *Glob Heart*. 2015;10(3):151-7. doi: <https://doi.org/10.1016/j.gheart.2015.07.006>. PMID: 26407510
 20. World Health Organization. (WHO). Health statistics and information systems – Projections of mortality and causes of death, 2015 and 2030. [Internet]. Geneva; 2013.
 21. Santos CM dos et al. Perfil lipídico e glicídico de pacientes atendidos em ambulatório e sua correlação com índices antropométricos. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. 2013;32(1):35-41. <http://dx.doi.org/10.1016/j.repc.2012.05.017>






22. Silva LA, Corrêa Áurea C de P, Anschau Xavier Oliveira JC, Rodrigues TC, Divino E do A. Percepções de homens trabalhadores sobre suas necessidades de saúde em um serviço universitário de saúde/ Men's workers perceptions about their health needs in a university health service >. Ciênc. cuid. saúde [Internet]. 21º de março de 2016 [citado 3º de julho de 2024];15(1):133 -140. Disponível em: <https://doi.org/10.18554/reas.v8i1.3405>
23. Silva LA, Corrêa Áurea C de P, Anschau Xavier Oliveira JC, Rodrigues TC, Divino E do A. Percepções de homens trabalhadores sobre suas necessidades de saúde em um serviço universitário de saúde/ Men's workers perceptions about their health needs in a university health service. Ciênc. cuid. saúde [Internet]. 21º de março de 2016 [citado 3º de julho de 2024];15(1):133 -140. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/29321>
24. Istilli PT, Teixeira CRS, Zanetti ML, Lima RAD, Pereira MCA, Ricci WZ. Avaliação da mortalidade prematura por doença crônica não transmissível. Rev Bras Enferm. 2020;73(2):e20180440. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0440>
25. Jack VT. Life expectancy and years of potential life lost: useful outcome measures in cardiovascular medicine? J Am Coll Cardiol. 2015;66(6):656-8. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2015.05.073>
26. Chen EW, Gomes LMX, Barbosa TL de A. Anos potenciais de vida perdidos no período de 2010 a 2015 em Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil. Rev. Bras. de Iniciação Científica (RBIC). 2019;6(4):18-33. <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO011166>
27. Maximova K, Rozen S, Springett J, Stachenko S. The use of potential years of life lost for monitoring premature mortality from chronic diseases: Canadian perspectives. Can J Public Health 2016;107(2):202–204. doi: <https://doi.org/10.17269/cjph.107.5261>
28. Moura LA et al. Anos potenciais de vida perdidos por causas externas no Rio Grande do Norte, 2003 a 2012. UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde, 2015;17(2):101-106.
29. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. Lancet. 2011;377(9781):1949-61. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60135-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60135-9)
30. Ribeiro, C. S. P., Cademartori, B. G., & Rocha, A. da S. R. (2016). AVALIAÇÃO DO PERFIL LIPÍDICO EM ADULTOS NO SUL DO BRASIL. Saúde (Santa Maria), 42(2), 11–19. <https://doi.org/10.5902/2236583421708>



Prevalência de sintomas depressivos e ansiosos em profissionais da Atenção Primária à Saúde em um município da região metropolitana do Recife, Pernambuco



Prevalence of depressive and anxious symptoms on primary health care professionals in a city in the metropolitan region of Recife, Pernambuco

Ana Paula Rocha da Costa¹  Andrezza Soares Souto¹ 
Igor Almeida de Moura Barros¹  Maria Carolina Francino Ferreira Santos¹ 
Jéssica Rodrigues Correia e Sá¹ 

¹ Faculdade de Medicina de Olinda. Olinda, Pernambuco, Brasil.

Resumo

Objetivo: Verificar a prevalência de sintomas depressivos e ansiosos em profissionais da Atenção Primária à Saúde em um município da Região Metropolitana do Recife, Pernambuco. **Métodos:** Estudo transversal, envolvendo 243 profissionais da atenção primária à saúde distribuídos em 50 Unidades Básicas de Saúde de um município da Região Metropolitana do Recife. A coleta de dados ocorreu entre fevereiro e maio de 2023 e foram aplicados 3 instrumentos: questionário de caracterização sociodemográficas, Inventário de Ansiedade de Beck e Inventário de Depressão de Beck II. **Resultados:** O estudo identificou uma prevalência de 43,2% de sintomas depressivos e 58% de sintomas ansiosos entre os entrevistados. Referente aos sintomas ansiosos, a maioria foi classificada acima do nível leve. Quanto aos sintomas depressivos, houve prevalência de 27,6% para o nível leve, 13,2% para o nível moderado e 2,4% para o nível severo. Houve associação significativa dos sintomas depressivos e ansiosos entre os trabalhadores que relataram estar insatisfeitos com a estrutura da unidade (RP= 1,31; IC 95% 1,05–1,63), que já sofreram abuso psicológico durante o expediente (RP= 1,55; IC95% 1,26–1,92), que buscaram atendimento psicológico ou psiquiátrico (RP= 1,72; IC 95%

Autor correspondente:

Ana Paula Rocha da Costa.
E-mail: anapaularochacost@gmail.com

Fonte de financiamento:

Não se aplica

Parecer CEP: CAAE:

62965222.0.0000.8033

Recebido em: 06/07/2023

Aprovado em: 07/02/2024

Como citar: Costa **APR**, Souto **AS**, Barros **IAM**, Santos **MCFF**, Sá **JRC**.

Prevalência de sintomas depressivos e ansiosos em profissionais da atenção primária à saúde em um município da região metropolitana do Recife, Pernambuco. An Fac Med Olinda 2024; 1(11):14 doi: <https://doi.org/10.56102/afmo.2024.310>

1,21–2,45) e que fizeram uso de álcool (RP= 2,33; IC 95% 1,31–4,12) e psicofármacos (RP= 2,15; IC 95% 1,54–3,00) para aliviar sintomas. **Conclusão:** Observou-se a necessidade de estratégias direcionadas ao cuidado dos profissionais para o enfrentamento do problema que ofereçam qualidade de vida ao trabalhador e garantam a prestação de serviço e o cuidado à saúde integral da população adscrita.

Palavras-chave: Ansiedade; Atenção Primária à Saúde; Depressão; Saúde mental; Saúde ocupacional.

Abstract

Objective: To verify the prevalence of depressive and anxious symptoms in primary health care (PHC) professionals in Olinda, a city in the metropolitan region of Recife, Pernambuco, Brazil.

Methods: This cross-sectional study included 243 PHC professionals distributed in 50 basic health units in Olinda, Pernambuco, Brazil. Data were collected between February and May 2023 using the sociodemographic characterization questionnaire, the Beck Anxiety Inventory, and the Beck Depression Inventory – II. **Results:** The study identified a prevalence of 58% of anxious symptoms, mostly classified above the mild level. The prevalence of depressive symptoms was 43.2%, with 27.6% on the light level, 13.2% on moderate, and 2.4% on severe. A significant association was observed between depressive and anxious symptoms and dissatisfaction with the structure of the basic health unit (prevalence ratio [PR] = 1.31; 95% confidence interval [95% CI] = 1.05 - 1.63), psychological abuse during working hours (PR = 1.55; 95% CI = 1.26 - 1.92), seek for psychological or psychiatric care (PR = 1.72; 95% CI = 1.21 - 2.45), and use of alcohol (PR = 2.33; 95%CI = 1.31 - 4.12) and psychotropics (PR = 2.15; CI 95% = 1.54 - 3.00) to relieve symptoms. **Conclusion:** Strategies aiming for the comprehensive care of PHC professionals are needed to improve their quality of life and the assistance to the population.

Key-words: Anxiety; Depression; Mental health; Occupational health; Primary health care.

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Atenção Básica, Portaria nº 2.436/2017, considera Atenção Básica (AB) e Atenção Primária à Saúde (APS) termos equivalentes, sendo a principal via de acesso dos brasileiros ao Sistema Único de Saúde, além de ser o centro de comunicação da rede de atenção à saúde. A Estratégia Saúde da Família envolve os profissionais que compõem a equipe de AB, como enfermeiros, médicos, agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem e técnicos em saúde bucal, os quais acompanham uma população definida pelo território adscrito da Unidade Básica de Saúde (UBS). Esses trabalhadores, de forma integrada, desenvolvem ações voltadas para o cuidado com a saúde da população, sejam elas de forma individual, familiar ou coletiva, como promoção, prevenção e proteção à saúde, acolhimento com escuta qualificada, diagnóstico e tratamento de condições clínicas, ações de redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde.^{1,2}

Nesse sentido, são muitas as atribuições desenvolvidas pela equipe de AB, que compreendem desde a territorialização, mapeamento da área, alimentação do sistema de informação da AB e realização do cuidado integral à saúde da população adscrita até a realização de atividades de atenção à saúde, que envolve garantir a saúde da população, acolhimento, cuidado, acompanhamento, entre outras, realizadas na UBS, no território e em domicílio.¹

Acerca disso, a saúde ocupacional vem se tornando uma preocupação constante devido aos riscos ocupacionais a que esses profissionais estão expostos. Diante das responsabilidades e das inúmeras tarefas, além das diversas barreiras existentes, como a insuficiência de recursos materiais e humanos, longa jornada de trabalho, a cobrança por parte da população, necessidade de melhorias na estrutura física de equipamentos de saúde, insatisfação salarial, sobrecarga de trabalho e insatisfação que podem desencadear um sofrimento físico e mental, consequentemente viabilizando a intercorrência de agravos à saúde e ao desenvolvimento de sentimentos como ansiedade e depressão nos trabalhadores em diferentes padrões de adoecimento, além de afetar a qualidade da atenção à saúde ofertada à população.³

A ansiedade é caracterizada como um estado de perturbação mental, emocional, comportamental, social e físico, sendo definida pelo adiantamento, em longo prazo, de episódios negativos que podem ocorrer quando o indivíduo enfrenta incertezas, ameaças existenciais ou perigos possíveis e reais. Por outro lado, a depressão é classificada como uma alteração de humor, que rege as atitudes dos sujeitos, modificando a noção de si mesmos e fazendo-os enxergar suas dificuldades e incertezas como grandes tragédias.⁴

Esse contexto contribui para o adoecimento dos trabalhadores da APS, pois eleva os problemas de saúde mental, ocasiona maior estresse, quadro de insônia, dificuldade de concentração e outros fatores que ocasionam importantes prejuízos na funcionalidade e qualidade de vida.⁵

As ações de Saúde do Trabalhador presentes na rede do Sistema Único de Saúde têm por objetivo a promoção e a proteção da saúde dele, por meio de ações de vigilância dos riscos existentes tanto no ambiente quanto nas condições de trabalho, dos agravos à saúde e da organização e prestação de assistência aos trabalhadores. Ela compreende procedimentos de diagnóstico, tratamento e reabilitação de forma integrada na rede de serviços do Sistema Único de Saúde, e seu objeto de estudo e intervenção são as relações entre o trabalho e a saúde do trabalhador, promovendo a este qualidade de vida.⁶

Nesse contexto, conhecer as condições psicoemocionais que impactam o cotidiano dos profissionais é relevante para a possibilidade de mudanças no contexto laboral, respeitando as diretrizes que são defendidas pela Política Nacional de Saúde do Trabalhador. Isso também ajuda a entender os fatores de risco que levariam ao adoecimento psíquico dos trabalhadores, com o intuito de fortalecer o cuidado com a saúde deles.⁶ Diante do exposto, este estudo objetivou

verificar a prevalência de sintomas depressivos e ansiosos em trabalhadores da APS em um município da região metropolitana do Recife, Pernambuco.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo quantitativo descritivo do tipo transversal com profissionais da APS de um município localizado na Região Metropolitana de Recife. A população foi formada por profissionais que compõem as equipes de saúde da família e equipe de AB no período de fevereiro a maio de 2023. O cálculo amostral foi realizado a partir da fórmula de população finita para estudos epidemiológicos, utilizando um nível de confiança de 95% e poder de erro de 5%. Baseado nesse cálculo, a amostra resultante foi constituída por 243 profissionais. A amostragem foi aleatória, e as entrevistas ocorreram por meio de visitas a 50 UBS, nas quais os pesquisadores apresentaram a pesquisa e convidaram os profissionais a participarem em momentos oportunos, de acordo com a disponibilidade dos entrevistados.

A coleta de dados ocorreu em uma sala reservada na UBS, após esclarecimento sobre os objetivos da pesquisa, orientação sobre o sigilo dos dados, disponibilidade para participar e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram incluídos na pesquisa os profissionais que responderam aos instrumentos, sendo médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de farmácia, auxiliares de saúde bucal, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde em plena função dos seus exercícios. Os profissionais menores de 18 anos, que estavam em férias no período de coleta dos dados e/ou afastados das atividades profissionais por qualquer outro motivo e que não preencheram todo o formulário foram excluídos do estudo.

Durante a coleta, foram usados três instrumentos validados em estudos anteriores: o questionário com características sociodemográficas e estilo de vida do profissional, desenvolvido pelos pesquisadores; o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e Inventário de Depressão de Beck II (BDI-II).⁷

O BAI, por meio de 21 questões, aborda os sentimentos do indivíduo durante a última semana e mede os sintomas de ansiedade a nível de intensidade. As respostas são determinadas em quatro níveis, sendo eles: não, leve, moderada e grave. A escala apresenta alta consistência interna e confiabilidade teste-reteste durante uma semana, como consta nos artigos de validação.^{7,8}

O BDI-II mede a intensidade da depressão, em função de 21 questões com escores entre 0 e 3, abordando diversos pontos associados aos sintomas depressivos, como a falta de esperança, problemas cognitivos, irritabilidade, culpabilidade, sentimentos de punição, além de sintomas físicos, como fraqueza, perda de peso e redução da libido. No Brasil, houve validação da escala, a qual se apresenta fidedigna para avaliar os sintomas depressivos na população

brasileira.^{7,8}

Os dados foram organizados em uma planilha do software Excel e validados pelo Programa Epi Info versão 3.5.4. Em seguida, foram analisados pelo programa estatístico STATA - Statistical Package for Social Sciences (IBM Corp., CA, EUA) versão 13.0 para Windows. A análise ocorreu por meio de frequências absolutas e relativas, estatísticas descritivas (valores absolutos, percentuais) e testes de associação estatística (qui-quadrado de Pearson). Foi considerado um nível de significância estatística de $\leq 5\%$ (0,05) para um intervalo de confiança de 95%. A associação entre as características sociodemográficas e estilo de vida e os sintomas ansiosos e sintomas depressivos foi estimada pela razão de prevalência (RP), considerando o intervalo de confiança a 95%.

RESULTADOS

Participaram do estudo 243 profissionais: 22 (9%) médicos, 25 (10,3%) enfermeiros, 10 (4,1%) dentistas, 3 (1,2%) técnicos de farmácia, 12 (4,9%) auxiliares de saúde bucal, 21 (8,6%) técnicos de enfermagem e 150 (61,7%) agentes comunitários de saúde (ACS).

A distribuição das características sociodemográficas dos profissionais mostrou que houve um predomínio da faixa etária ≥ 50 anos (54,32%). A maioria definiu ser do gênero feminino (84,8%), de religião católica (39,1%), de raça/cor da pele parda (63%) e com renda \leq R\$ 3.033,00 (65,8%). Mais da metade dos profissionais entrevistados era de nível médio (76,5%) com mais de cinco anos de trabalho na APS (82,3%) e estava insatisfeita com a estrutura da UBS (56,8%). Nos últimos seis meses, 63% dos profissionais sofreram abuso psicológico durante o expediente laboral; 24,7% buscaram atendimento psicológico e/ou psiquiátrico; 14% fizeram uso de álcool e 33,3% fizeram uso de psicofármacos, ambos para aliviar sintomas depressivos e ansiosos. Informaram realizar práticas de autocuidado 72% dos entrevistados; mais da metade (67,5%) leva menos de 40 minutos no percurso até o trabalho; a maioria (69,5%) não utiliza o transporte público para chegar ao trabalho e 87,6% residem com alguém.

A prevalência pontual de sintomas para ansiedade e depressão entre os profissionais das UBS foi de 58,0% e 43,2%, respectivamente. Referente aos sintomas de ansiedade, 102 dos profissionais (42%) apresentaram o nível mínimo. Os níveis leve (25,9%), moderado (16,9%) e grave (15,2%) para ansiedade também foram observados nos profissionais, o que corresponde à maioria dos entrevistados (58%). Quanto aos sintomas de depressão, houve prevalência dos níveis leve (27,6%), moderado (13,2%) e severo (2,4%); pelo escore do BDI-II, 56,8% dos participantes não estavam deprimidos (Tabela 1).

Tabela 1. Níveis de ansiedade e depressão dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde. Olinda, Pernambuco, Brasil, 2023

Classificação	n= 243	(%)
BAI		
Grau mínimo	102	42,0
Ansiedade leve	63	25,9
Ansiedade moderada	41	16,9
Ansiedade grave	37	15,2
BDI-II		
Não está deprimido	138	56,8
Depressão leve	67	27,6
Depressão moderada a severa	32	13,2
Depressão severa	6	2,4

BAI: Inventário de Ansiedade de Beck. BDI-II: Inventário de Depressão de Beck II. n: Número de participantes.

As Tabelas 2 e 3 apresentam, respectivamente, os resultados da associação entre as características sociodemográficas e os níveis de ansiedade e depressão dos profissionais. O escore do BAI foi agrupado em “grau mínimo” e “grau leve a grave” e o do BDI-II foi dividido em “depressão leve a severa” e “não está deprimido”.

Tabela 2. Associação das variáveis sociodemográficas e estilo de vida com os níveis de ansiedade dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde. Olinda, Pernambuco, Brasil, 2023.

Variáveis	n=243 n (%)	BAI		RP (IC 95%)	p valor*
		Ansiedade leve a grave	Grau mínimo de ansiedade		
Idade					
25–49	111 (45,68)	66 (46,8)	41 (44,1)	1,06 (0,78–1,43)	0,678
≥ 50	132 (54,32)	75 (53,2)	57 (55,9)	1,0	
Gênero					
Mulher	206 (84,77)	121 (85,8)	85 (83,3)	1,10 (0,74–1,64)	0,613
Homem	35 (14,40)	19 (13,5)	16 (15,7)	1,0	
Homem trans	2 (0,82)	1 (0,7)	1 (0,8)	1,21 (0,29–4,90)	
Possui religião					
Não possui	23 (9,5)	12 (8,5)	11 (10,8)	0,86 (0,54–1,36)	0,550
Possui	220 (90,5)	129 (91,5)	91 (89,2)	1,0	
Raça/cor da pele^a					
Não branca	201 (82,7)	117 (83,0)	84 (82,3)	1,0 (0,67–1,51)	0,239
Branca	38 (15,6)	22 (16,6)	16 (15,7)	1,0	

Escolaridade

Nível médio	186 (76,5)	118 (83,7)	68 (66,7)	1,63 (1,22–2,17)	0,002
Nível superior	57 (23,5)	23 (16,3)	34 (33,3)	1,0	

Renda mensal (R\$)

≤ 3.033,00	160 (65,8)	100 (70,9)	60 (58,8)	1,34 (1,02–1,80)	0,045
> 3.033,00	83 (34,2)	41 (29,1)	42 (41,2)	1,0	

Tempo de trabalho na APS

≥ 5 anos	200 (82,3)	115 (81,6)	85 (83,3)	1,01	
< 5 anos	43 (17,7)	26 (18,4)	17 (16,7)	0,93 (0,62–1,39)	0,721

Satisfação com a estrutura da UBS

Insatisfeito	138 (56,8)	89 (63,1)	49 (48,0)	1,42 (1,05–1,90)	0,019
Satisfeito	105 (43,2)	52 (36,9)	53 (52,0)	1,0	

Sofreu abuso psicológico durante o expediente laboral

Sim	153 (63,0)	103 (73,0)	50 (49,0)	1,76 (1,32–2,35)	<0,001
Não	90 (37,0)	38 (27,0)	52 (51,0)	1,0	

Buscou atendimento psicológico e/ou psiquiátrico nos últimos seis meses

Sim	60 (24,7)	47 (33,3)	13 (12,8)	2,24 (1,35–3,71)	<0,001
Não	183 (75,3)	94 (66,7)	89 (87,2)	1,0	

Fez uso de álcool para aliviar sintomas depressivos e ansiosos

Sim	34 (14,0)	25 (23,8)	9 (6,5)	2,33 (1,31–4,12)	<0,001
Não	209 (86,0)	80 (76,2)	129 (93,5)	1,0	

Fez uso de psicofármacos para aliviar sintomas depressivos e ansiosos

Sim	81 (33,3)	55 (52,4)	26 (18,8)	2,15 (1,54–3,00)	<0,001
Não	162 (66,7)	50 (47,6)	112 (81,2)	1,0	
Sim	175 (72,0)	73 (69,5)	102 (73,9)	1,0	

Tempo médio de percurso até o trabalho

≥ 40 minutos	79 (32,5)	39 (37,1)	40 (29,0)	1,18 (0,91–1,51)	0,179
< 40 minutos	164 (67,5)	66 (62,9)	98 (71,0)	1,0	

Utiliza transporte público para chegar ao trabalho

Sim	74 (30,5)	44 (31,2)	30 (29,4)	1,05 (0,75–1,45)	0,764
Não	164 (69,5)	97 (68,8)	72 (70,6)	1,0	

Reside com alguém

Não	30 (12,4)	13 (12,4)	17 (12,3)	1,00 (0,71–1,40)	0,988
Sim	213 (87,6)	92 (87,6)	121 (87,7)		

BAI: Inventário de Ansiedade de Beck. n: número de participantes. RP: Razão de prevalência. IC95%: Intervalo de confiança de 95%. p: p-valor. APS: Atenção Primária à Saúde. UBS: Unidade Básica de Saúde. (*) Pelo teste Exato de Fisher. ^a Quatro valores perdidos, dois não quiseram responder e dois não sabiam.

Observou-se significância estatística ($p < 0,05$, $RP > 1$ e IC 95%) na associação dos sintomas considerados como grau de ansiedade leve a grave em profissionais do nível médio (83,7%), com renda \leq R\$3.033,00 (70,9%), insatisfeitos com a estrutura da UBS (63,1%), que já sofreram abuso psicológico durante o expediente laboral (73%), que buscaram atendimento psicológico e/ou psiquiátrico (33,3%) e que fizeram uso de álcool (23,8%) e psicofármacos (52,4%) para aliviar sintomas depressivos e ansiosos, estes últimos com uma prevalência 2,33 e 2,15 vezes maior, respectivamente, para desenvolver sintomas ansiosos.

Verificaram-se sintomas de depressão estatisticamente significante entre os profissionais que relataram estar insatisfeitos com a estrutura da UBS ($RP= 1,31$; IC 95% 1,05–1,63), que já sofreram abuso psicológico durante o expediente laboral ($RP= 1,55$; IC95% 1,26–1,92), que buscaram atendimento psicológico e/ou psiquiátrico ($RP= 1,72$; IC 95% 1,21–2,45) e que fizeram uso de álcool ($RP= 2,33$; IC 95% 1,31–4,12) e psicofármacos ($RP= 2,15$; IC 95% 1,54–3,00) para aliviar sintomas depressivos e ansiosos.

Tabela 3. Associação das variáveis sociodemográficas e estilo de vida com os níveis de depressão dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde. Olinda, Pernambuco, Brasil, 2023

Variáveis	n=243 n (%)	BDI-II		RP (IC 95%)	p valor*
		Depressão leve a severa	Não está deprimido		
Idade					
25–49	111 (45,68)	47 (44,8)	64 (46,4)	0,97 (0,78–1,21)	0,802
≥ 50	132 (54,32)	58 (55,2)	74 (53,6)	1,0	
Gênero					
Mulher	206 (84,77)	90 (85,7)	116 (84,0)	1,01 (0,74–1,38)	0,462
Homem	35 (14,40)	15 (14,3)	20 (14,5)	1,0	
Homem trans	2 (0,82)	0 (0,0)	2 (1,45)	1,77 (1,57–2,00)	
Possui religião					
Não possui	23 (9,5)	10 (9,5)	13 (9,4)	1,00 (0,68–1,46)	0,978
Possui	220 (90,5)	95 (90,5)	125 (90,6)	1,0	
Raça/cor da pele^a					
Não branca	201 (82,7)	92 (87,6)	109 (79,0)	1,26 (0,98–1,62)	0,242
Branca	38 (15,6)	12 (11,4)	26 (18,8)	1,01	
Escolaridade					
Nível médio	186 (76,5)	84 (80,0)	102 (73,9)	1,15 (0,90–1,46)	0,267
Nível superior	57 (23,5)	21 (20,0)	36 (26,1)	1,0	
Renda mensal (R\$)					
$\leq 3.033,00$	160 (65,8)	69 (65,7)	91 (65,9)	1,0	
$> 3.033,00$	83 (34,2)	36 (34,3)	47 (34,1)	0,99 (0,78–1,25)	0,970

Tempo de trabalho na APS

≥ 5 anos	200 (82,3)	82 (78,1)	118 (85,5)	1,0	
< 5 anos	43 (17,7)	23 (21,9)	20 (14,5)	0,78 (0,56–1,10)	0,134

Satisfação com a estrutura da UBS

Insatisfeito	138 (56,8)	69 (65,7)	69 (50,0)	1,31 (1,05–1,63)	0,014
Satisfeito	105 (43,2)	36 (34,3)	69 (50,0)	1,0	

Sofreu abuso psicológico durante o expediente laboral

Sim	153 (63,0)	81 (77,1)	72 (52,2)	1,55 (1,26–1,92)	<0,001
Não	90 (37,0)	24 (22,9)	66 (47,8)	1,0	

Buscou atendimento psicológico e/ou psiquiátrico nos últimos seis meses

Sim	60 (24,7)	38 (36,19)	22 (15,9)	1,72 (1,21–2,45)	<0,001
Não	183 (75,3)	67 (63,81)	116 (84,1)	1,0	

Fez uso de álcool para aliviar sintomas depressivos e ansiosos

Sim	34 (14,0)	25 (23,8)	9 (6,5)	2,33 (1,31–4,12)	<0,001
Não	209 (86,0)	80 (76,2)	129 (93,5)	1,0	

Fez uso de psicofármacos para aliviar sintomas depressivos e ansiosos

Sim	81 (33,3)	55 (52,4)	26 (18,8)	2,15 (1,54–3,00)	<0,001
Não	162 (66,7)	50 (47,6)	112 (81,2)	1,0	

Práticas de autocuidado

Não	68 (28,0)	32 (30,5)	36 (26,1)	1,10 (0,85–1,42)	0,450
Sim	175 (72,0)	73 (69,5)	102 (73,9)	1,0	

Tempo médio de percurso até o trabalho

≥ 40 minutos	79 (32,5)	39 (37,1)	40 (29,0)	1,18 (0,91–1,51)	0,179
< 40 minutos	164 (67,5)	66 (62,9)	98 (71,0)	1,0	

Utiliza transporte público para chegar ao trabalho

Sim	74 (30,5)	30 (28,6)	44 (31,9)	1,0	
Não	164 (69,5)	75 (71,4)	94 (68,1)	0,93 (0,74–1,17)	0,578

Reside com alguém

Não	30 (12,4)	13 (12,4)	17 (12,32)	1,00 (0,71–1,40)	0,988
Sim	213 (87,6)	92 (87,6)	121 (87,7)	1,0	

BDI-II: Inventário de Depressão de Beck II. n: número de participantes. RP: Razão de prevalência. IC95%: Intervalo de confiança de 95%. p: p-valor. APS: Atenção Primária à Saúde. UBS: Unidade Básica de Saúde. (*) Pelo teste Exato de Fisher. ^a Quatro valores perdidos, dois não quiseram responder e dois não sabiam.

DISCUSSÃO

Neste estudo, a prevalência pontual de sintomas depressivos e ansiosos encontrada entre os profissionais da saúde que compõem as UBS foi de 58,0% e 43,2%, respectivamente. Em paralelo, vários estudos brasileiros, realizados em diferentes estratégias de atendimento, apresentaram preponderâncias significativas de ansiedade e depressão nos profissionais da saúde.

Isso evidencia que esse é um problema de saúde pública em ascensão nos últimos anos.^{3,4,9,10}

Observou-se dos resultados que os níveis leve, moderado e grave de ansiedade foram de 25,9%, 16,9% e 15,2% entre os profissionais, respectivamente, o que corresponde à maioria dos entrevistados (58%). Em comparação a um estudo de 2017 realizado em São Paulo com 173 trabalhadores da equipe de saúde da família, a ansiedade se mostrou presente em 45,3% dos profissionais, dos quais 25,0% apresentaram ansiedade leve; 9,9%, ansiedade moderada; e 10,5%, ansiedade grave.¹⁰ Esse cenário demonstra que, em menos de dez anos, a prevalência de sintomas ansiosos aumentou nesse grupo, sobretudo nos níveis moderado e grave de ansiedade, revelando uma realidade preocupante acerca do adoecimento em saúde mental no contexto ocupacional.

Referente aos sintomas de depressão, os resultados revelaram que 27,6% dos participantes apresentaram nível leve de sintomas; 13,2%, nível moderado; e 2,4%, sintomas severos, totalizando, assim, 43,2%. Por outro lado, 56,8% dos participantes não foram classificados com sintomas depressivos com base na pontuação do BDI-II. Em paralelo, no estudo citado anteriormente, de 2017, com amostra de perfil semelhante, a depressão foi identificada em 41,0% dos profissionais, dos quais 28,9% demonstraram depressão leve e 12,1%, depressão moderada.¹⁰

O sofrimento psíquico desse público é crescente, segundo o estudo, em função da associação significativa entre as diferentes variáveis sociodemográficas e os sintomas de ansiedade e depressão. Associações estatisticamente significativas foram encontradas entre sintomas leve a grave de ansiedade em profissionais de nível médio e variáveis como renda, abuso psicológico, satisfação no ambiente de trabalho, uso de álcool e psicofármacos e acompanhamento psicológico ou psiquiátrico. Isso indica que os sintomas de ansiedade não ocorrem ao acaso, visto que estão mais presentes em profissionais que apresentam essas variáveis. Fatores como ambiente de trabalho com pressões, sexo biológico, sono desregulado e estado civil mostraram estar associados com desenvolver ansiedade; já o desenvolvimento da depressão apresentou relação com o setor de trabalho, tipo de vínculo, cargo, idade e a cor da pele.^{10,9}

Quanto à relação entre faixa etária e os transtornos mentais entre os profissionais, 54,32% dos que demonstraram tal condição foram pessoas acima de 50 anos, sendo 84,8% do sexo feminino. O fato de 84,8% da amostra definir ser do gênero feminino contribuiu para uma maior predominância dos sintomas depressivos e ansiosos nessa população. Por outro lado, não houve associação na razão de prevalência quando comparada a outros gêneros. Talvez seja necessário ampliar a amostra para chegar a conclusões de outros estudos que identificaram maior chance do sexo feminino apresentar sintomas ansiosos^{4,9} por questões socioculturais, desigualdade de gênero e o trabalho de cuidado realizado pelas mulheres além do laboral — condições que as tornam mais suscetíveis ao risco de desenvolver sintomas ansiosos e depressivos — ou pelo fato de expressarem mais abertamente seus sentimentos quando comparado ao sexo masculino.¹¹

No que tange ao consumo de psicofármacos e bebidas alcoólicas, os achados encontrados foram de 14% e 33,3%, respectivamente, ratificando outros estudos que consideram depressão, ansiedade, estresse e cansaço crônico situações que influenciam o consumo abusivo dessas substâncias para o alívio dos sintomas. Fatores intrínsecos e extrínsecos ao trabalho podem estar associados ao uso de psicotrópicos. O presente estudo constatou a incidência dessas variáveis nos profissionais que apresentaram sintomas ansiosos e depressivos. Esse resultado aponta para uma correlação entre essas variáveis e os sintomas em questão, o que também foi verificado em outros estudos mencionados.⁵

Outro dado importante foi a significância estatística na associação dos sintomas de ansiedade leve a grave em profissionais do nível médio, representando 83,7% dos entrevistados. Os 150 ACS (61,7%) corresponderam a mais da metade da amostra do estudo e foram os profissionais mais atingidos pelos sintomas de ansiedade e depressão, enquanto os de nível superior apresentaram níveis menores, fortalecendo o que já foi descrito em outras literaturas. Em um estudo com 4.749 profissionais, dos quais 32% eram ACS, encontrou-se uma prevalência de transtornos psiquiátricos menores, sendo 18,4% entre os ACS e 10% entre outros profissionais de nível superior.³ Além de apresentarem o menor nível de escolaridade, reforçando essa correlação, a sobrecarga de trabalho, resultante de altas exigências laborais e de cargas de trabalho mecânicas, biológicas, fisiológicas e psíquicas, pode contribuir para o adoecimento mental dos ACS, situação que pode explicar essa diferença nos níveis emocionais encontrados entre as categorias profissionais. Outro ponto importante a destacar é que os profissionais de nível superior tendem a apresentar maior capacidade de resiliência e, com isso, sofrer menor desgaste emocional.^{10,11,12}

A renda e escolaridade apresentaram uma associação com os sintomas ansiosos. Embora tenham variado de acordo com a categoria profissional desempenhada no serviço, foi notório que profissionais do nível médio (83,7%), com renda \leq R\$3.033,00 (70,9%), demonstram uma maior prevalência de sintomas ansiosos, o que elucida o impacto negativo na saúde mental do trabalhador e contradiz o estudo feito em Porto Alegre, em 2012, no qual observou-se a tendência de maior ocorrência de depressão conforme a diminuição dos níveis de escolaridade e renda.¹³

Acerca do acompanhamento psicológico ou psiquiátrico, 24,7% dos profissionais entrevistados buscaram atendimento nos últimos seis meses, porém, esse percentual é menor do que os profissionais que possuem apenas o nível médio, que chega a 33,3%. Esse cenário também é corroborado pelo fato de o estudo constatar que 63% dos profissionais já sofreram abuso psicológico durante o expediente laboral, mas atinge 73% dos profissionais de nível médio, sendo esses trabalhadores os que mais sofrem com o desrespeito e as opressões no ambiente de trabalho. Nesse sentido, cada categoria profissional possui uma dinâmica de trabalho específica que apresenta demandas psicológicas, físicas e emocionais diferenciadas, validando a influência do acompanhamento psicológico ou psiquiátrico no processo de adoecimento mental.¹⁴

À medida que os profissionais da atenção primária à saúde assumem determinados desafios e inúmeras tarefas, em que atendem, ao mesmo tempo, as atribuições específicas das atividades desempenhadas e os imprevistos decorrentes da demanda espontânea, é possível observar também a infraestrutura inadequada. Essa variável configurou 56,8% de insatisfação, visto que a baixa de recursos e materiais determinou uma classe significativa para a gravidade dos sintomas depressivos e ansiosos.

Desse modo, um estudo no Canadá, realizado em 2021, apresentou dados semelhantes que sugerem um abuso psicossocial e longas horas de trabalho, fatores determinantes para o aumento dos riscos dos sintomas depressivos e ansiosos. Em relação ao tempo de trabalho, os resultados do presente estudo apontaram que 83,3% dos que trabalham na APS por mais de cinco anos manifestaram grau mínimo de ansiedade e 78,1% apresentaram depressão leve a severa, indicando que o maior tempo de exposição em contexto semelhante pode estar associado ao aumento do desgaste físico e emocional do trabalhador.¹⁵

Considerando a saúde um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades¹⁶, a compreensão da cultura na formulação e prestação do cuidado do profissional torna-se um dos fatores fundamentais. Portanto, campanhas nacionais de sensibilização e apoio à saúde mental dos trabalhadores da APS e ajuda de profissionais capacitados devem ser consideradas para a redução dos sintomas de ansiedade e depressão. Também é importante atentar para a promoção de práticas de autocuidado visando a melhoria da qualidade de vida, conforme demonstrado no estudo em São Paulo¹⁷ sobre os efeitos de práticas e programas de meditação na rotina diária, no início do trabalho, para os profissionais da enfermagem, visando cultivar e fortalecer estados mentais positivos para o enfrentamento dos estressores relacionados a um dia de trabalho e, assim, obter resultados positivos em seus programas.

CONCLUSÕES

O estudo possibilitou identificar a ocorrência de sintomas depressivos e ansiosos nos profissionais da APS. A partir das evidências, os resultados demonstram que os profissionais com baixa remuneração, insatisfeitos com o ambiente de trabalho e que sofreram abuso psicológico durante o expediente laboral apresentam maior predominância de sintomas depressivos e ansiosos. Além disso, profissionais de nível médio em comparação com os de nível superior demonstram um grau maior desses sintomas.

Destarte, os achados possibilitam que sejam desenvolvidas estratégias de enfrentamento para o problema, sendo fundamental reconhecer e abordar os sintomas depressivos e ansiosos entre os profissionais da APS. A promoção de uma cultura de cuidado e suporte, juntamente com o acesso a serviços de saúde mental e programas de autocuidado, podem contribuir para o bem-estar desses profissionais e, por sua vez, melhorar a qualidade do atendimento prestado

aos pacientes. Assim é possível melhorar a qualidade de vida dos profissionais da APS, além de aperfeiçoar a assistência promovida por estes.

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

APRC: elaboração de ideias, formulação e evolução de objetivos e objetivos abrangentes de pesquisa, preparação e criação, redação do rascunho inicial e para a revisão crítica, comentário e revisão de todo o artigo; **ASS:** elaboração de ideias, formulação e evolução de objetivos e objetivos abrangentes de pesquisa, da coleta de dados/evidências e na preparação e criação, especificamente redação do rascunho inicial e para a revisão crítica, comentário e revisão; **IAMB:** elaboração de ideias, formulação e evolução de objetivos e objetivos abrangentes de pesquisa, da coleta de dados/evidências e na preparação e criação, especificamente da metodologia, conclusão, revisão das referências e ajustes na discussão e resumo; **MCFFS:** elaboração de ideias, formulação e evolução de objetivos e objetivos abrangentes de pesquisa, da coleta de dados/evidências e na preparação e criação, especificamente na elaboração da discussão, conclusão, revisão das referências e revisão de todo artigo; **JRCS:** aplicação de técnicas estatísticas, matemáticas, computacionais ou outras técnicas formais para analisar ou sintetizar dados de estudo, responsabilidade de supervisão e orientação para o planejamento e execução da atividade de pesquisa e para a revisão crítica, comentário e revisão de todo o artigo.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília, DF: MS; 2017 [Acessado 20 Mai 2023]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
2. Ministério da Saúde. Estratégia Saúde da Família [Internet]. Brasília, DF: MS; 2022 [Acessado 20 mai 2023]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/estrategia-saude-da-familia/estrategia-saude-da-familia>
3. Dilélio, AS et al. Prevalência de transtornos psiquiátricos menores em trabalhadores da atenção primária à saúde das regiões Sul e Nordeste do Brasil. Cadernos de Saúde Pública [internet]. 2012 [Acessado 14 Maio 2022];28(3):503-514. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300011>
4. Abreu LA, Oliveira MR, Silveira LC, Corrêa KS. Rastreamento de Sintomas de Depressão, Ansiedade e Estresse em Fisioterapeutas durante a Pandemia do Covid 19. Revista Movimenta [Internet]. 2021 [Acessado 15 Maio 2022];14(1):107–19. Disponível em: <https://search.ebscohost>.

- com/login.aspx?direct=true&db=foh&AN=150484859&lang=pt-br&site=ehost-live
5. Bertussi VC, Junqueira MAB, Giuliani CD, Calçado RM, Miranda FJ, Santos MA, et al. Substâncias psicoativas e saúde mental em profissionais de enfermagem da Estratégia Saúde da Família. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2018 [acessado em: 12 maio 2022];20:v20a21. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v20.47820>.
 6. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação n. 2, de 28 de setembro de 2017. Anexo XV. Consolidação das normas sobre as políticas de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília, DF: MS; 2017 [Acessado 20 Mai 2023]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html
 7. Karino CA, Laros JA. Ansiedade em situações de prova: evidências de validade de duas escalas. *Psico-USF* [Internet]. 2014 [Acessado 20 Mai 2023];19(1):23–36. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-82712014000100004>
 8. J Cunha. Manual da versão em português das Escalas Beck; São Paulo: Casa do Psicólogo Livraria e Editora; 2001.
 9. Garcia CA, Ferracioli JA, Zajankauskas AE, Dias NC. Depressão em médicos da Estratégia de Saúde da Família no município de Itajaí/SC. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2018 [citado 4 de julho de 2023];13(40):1-12. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1641>
 10. Julio RS, Lourenção LG, Oliveira SM, Farias DH, Gazetta CE. Prevalência de ansiedade e depressão em trabalhadores da Atenção Primária à Saúde. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional* [Internet]. 2022 [citado 4º de julho de 2023];30:e2997. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO22712997>
 11. Oliveira FE, Trezena S, Dias VO, Martelli H, Martelli DR. Common mental disorders in Primary Health Care professionals during the COVID-19 pandemic period: a cross-sectional study in the Northern health macro-region of Minas Gerais state, Brazil, 2021. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2021 [acessado 4 de julho de 2023];32(1):e2022432. Available from: <https://doi.org/10.1590/S2237-96222023000100012>
 12. Oliveira WA, Cardoso EA, Silva JL, Santos MA. Impactos psicológicos e ocupacionais das sucessivas ondas recentes de pandemias em profissionais da saúde: revisão integrativa e lições aprendidas. *Estudos de Psicologia (Campinas)* [Internet]. 2020 [acessado 4 de julho de 2023];37,e200066. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0275202037e200066>
 13. Cunha RV, Bastos GA, Duca GF. Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Rev bras epidemiol* [Internet]. 2012 [acessado 4 de julho de 2023];15(2):346–354. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2012000200012>
 14. Santos PW, Costa MA, Pinto RG, Franco KS, Coelho RF, Santos YM, et al. Análise da ansiedade e do estresse laboral em profissionais da Atenção Primária à Saúde. *RSD* [Internet].








- 2021 [acessado 4 de julho de 2023];10(6):e26210615763. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/15763>
15. Plouffe RA, Nazarov A, Forchuk CA, Gargala D, Deda E, Le T, et al. Impacts of morally distressing experiences on the mental health of Canadian health care workers during the COVID-19 pandemic. *Eur J Psychotraumatol* [Internet]. 2021 [acessado 4 de julho de 2023];12(1):1984667. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/20008198.2021.1984667>
16. Segre M, Ferraz FC. O conceito de saúde. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 1997 [acessado 4 de julho de 2023];31(5):538–42. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101997000600016>
17. Farre AG, Santana IT, Santos MP, Barbosa YO, Rocha HM. Efeitos de práticas e programas de meditação com profissionais da enfermagem: uma revisão integrativa. *Revista Recien* [Internet]. 2021 [citado 4 de julho de 2023];11(36):551-63. Disponível em: <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/539>



Relação entre cintilografia de perfusão miocárdica e carga de trabalho na identificação de pacientes com alto risco para isquemia miocárdica



Relationship between myocardial perfusion scintigraphy and workload for identifying patients at high risk for myocardial ischemia

Giovanna Sherly de Sá Guedes Marins¹  Fernando Augusto Pacífico¹ 
Dolly Brandão Lages¹  Michelle Alves de Farias¹ 
Mário Cruz Couto¹  Liliam de Souza Santos¹  Eduardo Lins Paixão¹ 

¹ Faculdade de Medicina de Olinda. Olinda, Pernambuco, Brasil.

Resumo

Durante a realização da cintilografia de perfusão miocárdica (CPM) de estresse e repouso, é medida a carga de trabalho alcançada, definida pelos equivalentes metabólicos (METs), e verificada a presença de alterações isquêmicas nos exames eletrocardiográficos. O objetivo deste estudo foi avaliar essas variáveis e identificar quais seriam úteis na identificação dos pacientes com isquemia miocárdica severa. Para tanto, foi realizado um estudo do tipo transversal, observacional e retrospectivo, com amostragem do tipo não probabilístico por conveniência, feito por meio da análise de 2.388 prontuários cujos pacientes haviam sido encaminhados para realização de CPM. Os pacientes foram divididos em dois grupos de acordo com os METs alcançados, e foram comparadas as prevalências de isquemia severa aferida pelo software Wackers-Liu. Dos 2.388 prontuários, 506 atingiram 10 METs sem alterações eletrocardiográficas do segmento ST no estresse, os quais foram enquadrados no grupo B; desses, 0,4% (2/506) apresentou isquemia severa. Os 515 pacientes do grupo A não alcançaram 10 METs e apresentaram, simultaneamente, alterações eletrocardiográficas isquêmicas do segmento ST; 3,6% (19/515) deles evidenciaram isquemia severa, diferença estatisticamente significativa ($p < 0,0002$). Com base nesses achados, conclui-se que, na presença de

Como citar: Marins **GSSG**, Pacífico **FA**, Lages **DB**, Farias **MA**, Couto **MC**, Santos **LS** et al. Relação entre cintilografia de perfusão miocárdica e carga de trabalho na identificação de pacientes com alto risco para isquemia miocárdica. An Fac Med Olinda 2024; 1(11):29 doi: <https://doi.org/10.56102/afmo.2024.307>

Autor correspondente:

Giovanna Sherly de Sá Guedes Marins.
E-mail: giovannasherly@outlook.com

Fonte de financiamento:

Não se aplica

Parecer CEP: CAAE nº

65605922.1.0000.8033

Recebido: 20/06/2023

Aprovado: 14/11/2023

alterações eletrocardiográficas isquêmicas na fase de estresse com carga de trabalho < 10 METs, a probabilidade de isquemia miocárdica severa é nove vezes maior em comparação aos que alcançaram ≥ 10 METs sem alterações eletrocardiográficas isquêmicas. Desse modo, uma carga de trabalho que alcança ≥ 10 METs sem alterações eletrocardiográficas compatíveis com isquemia pode ser um bom preditor para ausência de isquemia severa na CPM.

Palavras-chave: Cintilografia; Doença da artéria coronariana; Equivalente metabólico; Isquemia.

Abstract

The stress and rest myocardial perfusion scintigraphy (MPS) measures the workload achieved using metabolic equivalents (METs) and verifies the presence of ischemic changes in electrocardiographic exams. Thus, this study aimed to evaluate these variables and identify which ones would be useful in identifying patients with severe myocardial ischemia. This cross-sectional retrospective study analyzed 2,388 medical records of patients who had been referred for MPS; they were recruited using non-probabilistic convenience sampling. The patients were divided into two groups according to the METs achieved, and the prevalence of severe ischemia was measured using the Wackers-Liu software. A total of 506 patients achieved 10 METs without electrocardiographic changes in the ST segment during stress; they were classified as group B. Of these, 0.4% presented severe myocardial ischemia. Patients from group A did not reach 10 METs ($n = 515$ patients) and presented ischemic electrocardiographic changes in the ST segment; 3.6% of them presented severe myocardial ischemia, which was significantly different ($p < 0.0002$). These findings highlight that patients presenting ischemic electrocardiographic changes in the stress phase with a workload <10 METs were 9-fold more likely to have severe myocardial ischemia than those who achieved ≥ 10 METs without ischemic electrocardiographic changes. Therefore, a workload that reaches ≥ 10 METs without electrocardiographic changes compatible with ischemia may be a good predictor for the absence of severe myocardial ischemia in MPS.

Keywords: Radionuclide imaging; Coronary artery disease; Metabolic equivalent; Ischemia.

INTRODUÇÃO

A cintilografia de perfusão miocárdica (CPM) é um exame diagnóstico não invasivo, capaz de demonstrar as anormalidades de perfusão miocárdica. Desta forma, é um importante método para a avaliação da função cardiovascular em pacientes com suspeita de doença arterial coronariana (DAC).¹

Durante a realização da CPM, são utilizados os equivalentes metabólicos (METs) para medir a capacidade de exercício, ou seja, para avaliar a capacidade do coração de lidar com o esforço físico.² Essa capacidade, também conhecida como aptidão cardiorrespiratória, é uma das medidas mais importantes obtidas a partir de um teste ergométrico. Um MET é a quantidade de consumo de oxigênio necessária em estado de repouso e é equivalente a 3,5mL de oxigênio

por quilograma de peso corporal por minuto para um adulto jovem.³ A mensuração dos METs, incluída no relatório final de um teste ergométrico, é um procedimento prático e de fácil compreensão.⁴

Esses METs são considerados, atualmente, poderosos preditores de eventos cardiovasculares na população geral, com melhores resultados observados em pacientes que atingem cargas de trabalho mais altas.²

Em pacientes com DAC conhecida ou suspeita, uma precisa estratificação de risco possui grande valor para a correta orientação do manejo e para melhorar o prognóstico.⁵ O eletrocardiograma (ECG) de esforço e a CPM são ferramentas amplamente utilizadas para estratificação de risco em DAC estável. Além disso, a capacidade de exercício, que pode ser aferida durante a realização da CPM, é um preditor estabelecido de mortalidade.⁵

Nessa perspectiva, o presente estudo teve como objetivo analisar a associação entre a carga de trabalho alcançada em METs na CPM e o risco do desenvolvimento de isquemia miocárdica severa.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo transversal, observacional e retrospectivo, com amostragem do tipo não probabilística por conveniência, realizado no período de março a abril de 2023. Foi utilizado o banco de dados do Laboratório de Medicina Nuclear de um hospital da região metropolitana do Recife, Pernambuco. Foram analisados 2.388 prontuários de pacientes aleatórios, dos anos de 2006 e 2007, com ou sem DAC conhecida, que realizaram CPM com Tecnécio sestamibi 99mTc.

Como critérios de inclusão, estabeleceu-se que os pacientes tivessem alcançado mais de 85% de frequência cardíaca máxima prevista para a idade e estivessem dentro da faixa etária de 20 a 85 anos. Foram excluídos do estudo: os pacientes que não conseguiram realizar teste de esforço físico e, desta forma, fizeram o exame por estresse farmacológico; os que não alcançaram 85% da frequência cardíaca máxima prevista para a idade; os menores de 20 anos e os maiores de 85 anos de idade.

Os pacientes foram divididos em dois grupos (A e B) de acordo com a intensidade da carga de trabalho alcançada durante o teste ergométrico, medida em METs, e pelas alterações eletrocardiográficas encontradas no segmento ST. O grupo A foi composto pelos que alcançaram a carga de trabalho <10 METs e apresentaram alterações eletrocardiográficas no segmento ST, e o grupo B, pelos que conseguiram carga de trabalho ≥10 METs e não apresentaram alterações eletrocardiográficas no segmento ST. Para avaliar a carga de trabalho pelo METs, o protocolo de esforço utilizado na realização do teste ergométrico foi o Bruce.²

Não fizeram parte da análise os pacientes que alcançaram a carga de trabalho <10 METs

e não apresentaram alterações eletrocardiográficas no segmento ST como também os que conseguiram carga de trabalho ≥ 10 METs e apresentaram alterações eletrocardiográficas no segmento ST.

A prevalência de isquemia foi aferida pelo software Wackers-Liu de análise quantitativa da perfusão miocárdica e considerada severa quando existia uma área isquêmica maior que 10% do ventrículo esquerdo acometido.

Os dados foram tabulados e processados pelo aplicativo para microcomputador *Predictive Analytics Software* (PASW® STATISTIC), versão 17.0. Inicialmente, foi realizada uma análise descritiva, e os resultados obtidos dessa análise foram apresentados como frequência absoluta, frequências esperadas, percentual total e resíduo ajustado. Para se verificar associação entre as variáveis, foi aplicado o teste de qui-quadrado de independência. O nível de precisão estabelecido foi de 5%; o nível de confiança, de 95%; e a variabilidade máxima, de 0,5.

RESULTADOS

A média de idade dos pacientes foi de 58 anos (20 a 85 anos) para ambos os grupos. Para o sexo feminino, a média de idade foi de 59 anos (22 a 84 anos), enquanto, para o sexo masculino, foi de 57 anos (23 a 84 anos). A distribuição por sexo foi de 43,29% feminino (N = 1.034) e 56,71% masculino (N = 1.354).

Dos prontuários analisados, 791 pacientes alcançaram a carga de trabalho ≥ 10 METs, com média de idade de 50 anos, sendo 15% (N = 119) do sexo feminino e 85% (N = 672) do sexo masculino. Já os que não alcançaram os 10 METs totalizaram 1.597 pacientes, com média da idade de 62 anos, sendo 57% (N = 915) do sexo feminino e 43% (N = 682) do sexo masculino.

No universo que atingiu 10 METs, 285 foram excluídos do estudo, pois apresentaram alterações eletrocardiográficas do segmento ST. Assim, foram analisados os 506 restantes (grupo B) que não demonstraram alterações isquêmicas no estresse. Desses 506 que restaram, 0,4% (2/506) apresentou isquemia severa. Entretanto, dentre aqueles que não alcançaram 10 METs, 1.082 foram excluídos da pesquisa por não terem apresentado alterações eletrocardiográficas do segmento ST, restando 515 (grupo A) com alterações eletrocardiográficas isquêmicas. Dentro da amostra de 515, tiveram evidência de isquemia severa o correspondente a 3,6% (19/515), o que representa um valor nove vezes maior (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição do risco do desenvolvimento de isquemia miocárdica severa de acordo com a carga de trabalho alcançada em METs na CPM e alterações eletrocardiográficas

Carga de trabalho alcançada e alterações no ECG	Isquemia miocárdica severa		Total
	Ausência	Presença	
METs <10 com alterações no ECG			
Frequência absoluta	496	19	515
Frequência esperada	504,4	10,6	515
Porcentual total	48,6%	1,9%	50,4%
Resíduo ajustado	-3,7	3,7	
METs ≥10 sem alterações no ECG			
Frequência absoluta	504	2	506
Frequência esperada	495,6	10,4	506
Porcentual total	49,4%	0,2%	49,6%
Resíduo ajustado	3,7	-3,7	
Total			
Frequência absoluta	1000	21	1021
Frequência esperada	1000	21	1021
Porcentual total	97,9%	2,1%	100,0%

METs: equivalentes metabólicos. ECG: eletrocardiograma. Valor do teste qui-quadrado = 13,748, $p < 0,001$.

Para avaliar a existência de uma associação entre a carga de trabalho alcançada em METs na CPM e o risco de desenvolver isquemia miocárdica severa, construiu-se uma tabela de contingência com a distribuição da presença de isquemia severa de acordo com a carga de trabalho alcançada. Em seguida, utilizou-se o teste do qui-quadrado para avaliar se as distribuições eram estatisticamente diferentes.

Os pressupostos do teste foram atendidos, incluindo o de que a frequência esperada em cada célula da tabela de contingência deveria ser > 5 . O valor calculado para o teste do qui-quadrado de independência foi de 13,748, e o valor de “p” foi $< 0,001$, o que demonstra que o risco de desenvolver isquemia miocárdica severa foi significativamente maior (para um nível de significância de 5%) entre pacientes do grupo A quando comparado aos pacientes do grupo B. O teste do qui-quadrado de independência revelou que há associação entre a carga de trabalho alcançada em METs na CPM e o risco de desenvolver isquemia miocárdica severa [$X^2_{(2)} = 13,748$; $p < 0,001$].

DISCUSSÃO

A Diretriz Brasileira de Reabilitação Cardiovascular preconiza a estratificação do risco clínico dos pacientes, relacionando descompensação clínica, intervenção ou evento cardiovascular, capacidade funcional determinada em METs, sinais e sintomas de isquemia miocárdica

definidos como limiar isquêmico, sintomatologia e outras características clínicas.⁶ Pacientes que alcançam capacidade funcional < 5 METs apresentam sintomatologia de classe funcional III e IV, sendo classificados como alto risco clínico; os que alcançam de 5 a 7 METs são de risco clínico intermediário, apresentando classe funcional I e II; e os pacientes de baixo risco são aqueles que alcançam > 7 METs sem nenhuma sintomatologia.⁶ Pacientes que alcançaram 10 METs demonstraram excelente prognóstico com baixas taxas de eventos cardiovasculares e baixa prevalência de isquemia severa do ventrículo esquerdo, independentemente do pico de frequência cardíaca de exercício.⁵ Isso porque, embora exista uma relação linear entre a carga de exercício e a frequência cardíaca, a frequência cardíaca máxima atingível diminui com o passar dos anos e apresenta uma variabilidade substancial entre indivíduos da mesma idade.⁷ Já os pacientes que não alcançam 10 METs podem apresentar maior probabilidade de serem classificados como alto risco. Isso porque eles se enquadrariam, inicialmente, no risco clínico elevado e frequentemente necessitam de reajustes de fármacos e de reavaliações, com eventuais intervenções (revascularizações ou outros procedimentos).⁶

O teste de esforço, além da depressão do segmento ST, fornece informações diagnósticas e prognósticas valiosas.⁴ Eles incluem capacidade de exercício, resposta cronotrópica, recuperação da frequência cardíaca e resposta da pressão arterial.⁴ Entretanto, dentre os diversos parâmetros, um dos mais importantes é a capacidade funcional avaliada em METs.⁴

Estudos mostram que, além da apresentação de alterações isquêmicas no ECG, existe diferença no prognóstico em relação ao tempo de retorno dessa alteração aos níveis de normalidade.⁸ Foi demonstrado que os pacientes que mostraram retorno do segmento ST de forma rápida tiveram menos achados de alto risco em comparação com aqueles que tiveram retorno com tempo mais prolongado.⁸

Diante de todas as alternativas de estratificação, diagnóstico e prognóstico, foram criados protocolos para melhor atender os grupos de pacientes que poderiam ser selecionados para essa abordagem da imagem de perfusão, preservando-os de mais gastos e de uma exposição desnecessária à radiação.⁵ Assim, uma abordagem diagnóstica por etapas pode ser custo efetivo: se o ECG de esforço limitado por sintomas (etapa 1) for normal, nenhum teste adicional será necessário⁷, pois pacientes com risco clínico intermediário a alto para doença arterial que atingem ≥ 10 METs sem alterações isquêmicas no ECG evidenciam probabilidade muito baixa de isquemia severa.⁹ No entanto, se o ECG de esforço for positivo, a etapa 2 deve consistir em CPM de exercício para resolver a questão de haver um ECG de esforço falso-positivo.⁷ Com essa modificação do algoritmo de teste de estresse, um número substancial de pacientes de baixa probabilidade não precisará de CPM.⁷

CONCLUSÃO

Havendo alterações eletrocardiográficas isquêmicas na fase de estresse com carga de trabalho < 10 METs, a probabilidade de isquemia miocárdica severa é nove vezes maior em comparação a pacientes que alcançaram ≥ 10 METs sem alterações eletrocardiográficas isquêmicas. Desse modo, uma carga de trabalho que alcançou ≥ 10 METs sem alterações eletrocardiográficas do segmento ST mostrou-se como um bom preditor para ausência de isquemia severa na CPM. A utilização dos METs na realização da CPM em pacientes aleatórios, independentemente da presença de DAC, do sexo e da idade, foi um bom preditor de isquemia miocárdica severa.

O estudo pode permitir uma melhor compreensão de como a capacidade funcional do coração está relacionada à má perfusão miocárdica. Foi possível evidenciar a importância de um teste ergométrico bem-feito na estratificação de risco cardiovascular, o que poupa os pacientes da realização de vários exames prescindíveis, com o ônus do dispêndio financeiro e da exposição desnecessária à radiação nos demais exames que, rotineiramente, são solicitados nos serviços de saúde.

Por fim, apresenta uma importância na aquisição de informações diagnósticas e prognósticas no manejo mais efetivo dos pacientes, visto que o teste ergométrico é um exame de valor acessível, reprodutível e acurado para estratificação de risco e para dimensionar a relação entre a carga de trabalho e as alterações isquêmicas no eletrocardiograma.

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

GSSGM: Redação – redação original, Redação – revisão e edição; **FAP:** Curadoria de dados, Análise formal, Metodologia, Supervisão, Redação – redação original, Redação – revisão e edição; **DBL:** Redação – redação original, Redação – revisão e edição; **MAF:** Redação – redação original, Redação – revisão e edição; **MCC:** Redação – redação original, Redação – revisão e edição; **LSS:** Redação – redação original, Redação – revisão e edição; **ELP:** Conceptualização, Curadoria de dados, Investigação, Metodologia, Administração do projeto, Recursos, Supervisão, Redação – redação original, Redação – revisão e edição.

REFERÊNCIAS

1. Beller GA, Heede RC. SPECT imaging for detecting coronary artery disease and determining prognosis by noninvasive assessment of myocardial perfusion and myocardial viability. *J Cardiovasc Transl Res.* 2011;4(4):416-424. doi: <https://doi.org/10.1007/s12265-011-9290-2>

2. Padala SK, Ghatak A, Padala S, Katten DM, Polk DM, Heller GV. Cardiovascular risk stratification in diabetic patients following stress single-photon emission-computed tomography myocardial perfusion imaging: the impact of achieved exercise level. *J Nucl Cardiol.* 2014;21(6):1132-1143. doi: <https://doi.org/10.1007/s12350-014-9986-1>
3. Sharma K, Kohli P, Gulati M. An update on exercise stress testing. *Curr Probl Cardiol.* 2012;37(5):177-202. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cpcardiol.2011.11.004>
4. Petretta M. Rise and fall, and provisional rebirth of exercise stress testing at the dawn of the third millennium. *J Nucl Cardiol.* 2021; 28(5):2067-2071. doi: <https://doi.org/10.1007/s12350-019-01967-7>
5. Peclat TR, de Souza ACDAH, Souza VF, et al. The additional prognostic value of myocardial perfusion SPECT in patients with known coronary artery disease with high exercise capacity. *J Nucl Cardiol.* 2021;28(5):2056-2066. doi: <https://doi.org/10.1007/s12350-019-01960-0>
6. Carvalho T, Milani M, Ferraz AS, et al. Brazilian Cardiovascular Rehabilitation Guideline - 2020 [published correction appears in *Arq Bras Cardiol.* 2021 Aug;117(2):423]. Diretriz Brasileira de Reabilitação Cardiovascular – 2020 [published correction appears in *Arq Bras Cardiol.* 2021 Aug;117(2):423]. *Arq Bras Cardiol.* 2020;114(5):943-987. doi: <https://doi.org/10.36660/abc.20200407>
7. Wackers FJ. Customized exercise testing. *J Am Coll Cardiol.* 2009;54(6):546-548. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2009.04.044>
8. Rich JD, Chen S, Ward RP. Comparison of high risk stress myocardial perfusion imaging findings in men with rapid versus prolonged recovery of ST-segment depression after exercise stress testing. *Am J Cardiol.* 2010;105(10):1361-1364. doi: <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2009.12.061>
9. Bourque JM, Holland BH, Watson DD, Beller GA. Achieving an exercise workload of > or = 10 metabolic equivalents predicts a very low risk of inducible ischemia: does myocardial perfusion imaging have a role?. *J Am Coll Cardiol.* 2009;54(6):538-545. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2009.04.042>



O significado de ser hipertenso a partir da experiência de usuários acompanhados pela Estratégia de Saúde da Família

The meaning of being hypertensive from the experience of users accompanied by the Family Health Strategy



Flávia Souza Rosa Brandão¹  Maria Natália Barros Lopes da Cruz Baggio¹ 

¹ Faculdade de Medicina de Olinda. Olinda, Pernambuco, Brasil.

Resumo

Objetivo: Compreender o significado de ser hipertenso a partir do sentido dado pelos pacientes ao diagnóstico e tratamento para hipertensão arterial sistêmica. **Métodos:** Estudo de abordagem qualitativa, realizado com 12 hipertensos, acompanhados por uma equipe de Saúde da Família. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista com questões norteadoras direcionadas para o objetivo do estudo. As entrevistas foram gravadas, transcritas e submetidas à análise de conteúdo na modalidade temática. **Resultados:** Os participantes do estudo eram, na maioria, do sexo feminino, entre 40 e 60 anos de idade, casados, com renda de até um salário mínimo e com até oito anos de estudo. Na análise temática das entrevistas, foram identificados como eixos principais a experiência de ser hipertenso e acolhimento e atenção à saúde. Foi notório que os participantes não sabiam ao certo o significado de ser portador de hipertensão arterial sistêmica, assim como suas consequências e gravidade. Eles acreditavam que mudanças na rotina após o diagnóstico atreladas à alimentação saudável tinham influência na minimização dos sintomas. Foi identificado que o acolhimento contribui para a organização do processo de cuidado a partir da identificação das necessidades do paciente, por meio do envolvimento da equipe de saúde, usuários e familiares. **Conclusão:** O estudo evidenciou que a percepção dos usuários sobre a experiência de ser hipertenso está relacionada à falta de conhecimento sobre a doença e suas formas de tratamento, sendo importantes fortalecer o acolhimento nas Unidades Básicas de Saúde e desenvolver ações de promoção da

Como citar: Brandão FSR, Baggio MNL. O significado de ser hipertenso a partir da experiência de usuários acompanhados pela Estratégia de Saúde da Família. An Fac Med Olinda 2024; 1(11):37 doi: <https://doi.org/10.56102/afmo.2024.308>

Autor correspondente:

Flávia Souza Rosa Brandão.
E-mail: fsrbrandao@hotmail.com

Fonte de financiamento:

Não se aplica

Parecer CEP: CAAE No. 62289922.9.0000.8033

Recebido em: 29/06/2023

Aprovado em: 21/02/2024

saúde e melhoria da qualidade de vida dessa população.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Doenças crônicas; Estratégia de Saúde da Família; Hipertensão arterial sistêmica.

Abstract

Objective: This study aimed to understand the meaning of being hypertensive from the perspective of users regarding the diagnosis and treatment of systemic arterial hypertension (SAH). **Methods:** This qualitative study included 12 patients with SAH accompanied by a Family Health team. Data collection occurred using interviews with questions related to the objective of the study. The interviews were fully transcribed and subjected to content analysis in the thematic mode. **Results:** Patients were mostly female, aged between 40 and 60 years, married, with an income of up to one minimum wage, and up to eight years of education. In the thematic analysis, the main axes were identified as the experience of being hypertensive and reception and health care. The patients did not know the meaning of having SAH, as well as its consequences and severity. They believe that changes in routine after diagnosis linked to healthy eating influenced the reduction of the symptoms. In addition, reception contributed to the organization of care based on the identification of the needs of the patients through the involvement of the health team, users, and family members. **Conclusion:** The study showed that the perception of users about the experience of being hypertensive is related to the lack of knowledge about the disease and its forms of treatment, highlighting the need to strengthen the reception in basic health units and the development of actions to promote health and improve the quality of life of this population.

Keywords: Chronic diseases; Family Health Strategy; Primary health care; Systemic arterial hypertension.

INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é considerada uma tática de expansão e qualificação que visa fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS) por ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, favorecendo a qualidade de vida dos indivíduos, famílias e comunidades¹. Apesar de a ESF possibilitar o acesso do usuário ao Sistema Único de Saúde, existem lacunas que precisam ser aprimoradas para melhorar a qualidade e a resolubilidade dos serviços públicos de saúde².

No contexto da APS, as doenças crônicas não transmissíveis representam um grande problema de saúde pública, sendo uma das principais causas pela busca de atendimento nos serviços de saúde^{3,4}. Dentre elas, está a hipertensão arterial sistêmica (HAS), uma doença crônica caracterizada por níveis elevados de pressão arterial, que ocorre por fatores genéticos, ambientais e relacionados aos hábitos de vida. A HAS atua como uma das principais causas de morbimortalidade nos pacientes acometidos e torna-se uma doença de base para outras comorbidades, como aterosclerose, acidente vascular encefálico e doenças cardiovasculares^{5,6}.

No Brasil, há uma estimativa de que a HAS acometa mais de 30 milhões de pessoas, com maior incidência em idosos⁵. É importante ressaltar que os determinantes sociais contribuem fortemente para o aumento dessa prevalência, incluindo as desigualdades sociais, diferenças no acesso aos bens e aos serviços, baixa escolaridade e desinformação, de modo geral^{7,8}. O aumento do número de hipertensos no país deve ser considerado relevante, pois essa patologia, além de representar uma crescente demanda por serviços de saúde, gera altos custos para os sistemas de saúde⁵.

É recomendado que os casos de HAS sejam tratados na APS, necessitando que o atendimento seja resolutivo e efetivo. Para melhorar a qualidade da assistência e acompanhamento desses usuários, é indispensável sua vinculação às Unidades Básicas de Saúde (UBS) com a garantia do diagnóstico, tratamento e atendimento pela equipe multiprofissional, a fim de promover maior adesão e controle do tratamento^{8,11,12}.

A ESF tem um papel importante no monitoramento da HAS, contribuindo para sensibilização dos usuários e suas famílias no enfrentamento dessa doença^{11,12}. Desta forma, torna-se fundamental a inclusão de novas medidas gerenciais em busca do aprimoramento das equipes de saúde para adequada elaboração de estratégias de intervenção clínica, terapêutica e educacional para pacientes hipertensos⁵.

Estudos sobre essa temática são imprescindíveis a fim de proporcionar um direcionamento aos profissionais de saúde sobre atitudes e estratégias para lidarem com esses pacientes. Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi compreender o significado de ser hipertenso a partir do sentido dado pelos usuários da ESF ao diagnóstico e tratamento para HAS.

MÉTODOS

Estudo de abordagem qualitativa, realizado em uma UBS localizada no município de Olinda em Pernambuco. Essa UBS é composta por duas equipes de saúde da família que contemplam aproximadamente 12 mil pessoas cadastradas em uma comunidade com áreas de difícil acesso e sem saneamento básico. A população apresenta baixo poder aquisitivo, e a principal fonte de renda provém dos programas sociais do governo federal.

Este estudo foi realizado com 12 pessoas portadoras de HAS com diagnóstico registrado em prontuário, cadastradas e acompanhadas pela ESF. A seleção dos participantes se deu pela amostragem aleatória simples. Foram utilizados, como critérios de inclusão, usuários que apresentaram diagnóstico de HAS, registrado em prontuário, com idade a partir de 18 anos, acompanhados há, no mínimo, seis meses pela UBS. Foram excluídos os usuários residentes fora da área de abrangência da UBS.

A coleta de dados foi realizada pelos pesquisadores responsáveis pelo estudo, nos meses de novembro e dezembro de 2022, por meio de um roteiro semiestruturado constituído por

duas partes: a primeira composta por caracterização sociodemográfica contendo dados sociais (idade, sexo, estado civil, cor de pele, renda e escolaridade), hábitos de vida (tabagismo, ingestão de álcool e outras drogas) e aspectos clínicos (patologias e comorbidades). A segunda parte foi composta por questões norteadoras direcionadas para o objetivo do estudo, a partir dos dois eixos principais: “A experiência de ser hipertenso” e “Acolhimento e atenção à saúde”.

Para garantir o anonimato dos participantes do estudo, eles foram denominados pela letra U, de usuário, seguida pelo número da ordem em que cada um foi entrevistado. As entrevistas foram realizadas em local disponibilizado pela UBS, com duração de, em média, 30 minutos, registradas com o auxílio de um gravador digital. Em seguida, foram transcritas e submetidas à análise de conteúdo de Bardin, composta a partir de três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados^{13,14}.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina de Olinda, conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Os participantes do estudo eram, na maioria, do sexo feminino (11), com idade entre 40 e 60 anos (7), brancos (7), casados (9), com renda de até um salário mínimo (5) e até oito anos de estudo. Em relação às características clínicas e ao hábito de vida, os dados mostraram que alguns dos participantes também eram portadores de diabetes mellitus (3), doença de Parkinson (1), dislipidemia (1), labirintite (1), faziam ingestão de bebidas alcoólicas (5), e nenhum dos hipertensos do estudo era tabagista nem fazia uso de drogas ilícitas.

Na análise temática das entrevistas, foram definidos dois eixos principais: “A experiência de ser hipertenso” e “Acolhimento e atenção à saúde”. No primeiro eixo, foram identificados os subeixos: sinais e sintomas que levaram ao diagnóstico de HAS, a sensação de como é ser portador de HAS e mudanças na rotina após o diagnóstico de HAS. Já no segundo eixo, foram identificados os seguintes subeixos: acolhimento e acesso e dificuldades encontradas, os quais se referem à equipe de saúde e à rede de atenção à saúde disponível para esses usuários.

Eixo 1: A experiência de ser hipertenso

Conforme o relato dos entrevistados, foram observados os seguintes sinais e sintomas que levaram ao diagnóstico de HAS:

“Estava sentindo muita dor de cabeça na parte da nuca e ânsia de vômito.” (U3)

“Fui acompanhar meu filho na UBS e estava com a pressão alta.” (U4)

“Estava com dor de cabeça, ânsia de vômito e palidez.” (U5)

“Tive muita dor de cabeça e procurei o posto.” (U8)

“Estava com dor de cabeça e procurei a urgência.” (U11)

Outro aspecto relatado foi a sensação de como é ser portador de HAS:

“Não é uma coisa muito boa, *não*.” (U3)

“Eu acho que é genético.” (U5)

“Não sei explicar.” (U7)

“Ser hipertenso é ruim.” (U8)

“Ser hipertenso é uma doença.” (U10)

“Ser hipertenso é ter atenção.” (U11)

“Ser hipertenso não é bom.” (U12)

As situações apontadas em relação às mudanças na rotina após o diagnóstico de HAS foram:

“Mudei de função no trabalho e tento cuidar da alimentação.” (U1)

“Melhorei dos sintomas, embora continue tendo dor de cabeça.” (U2)

“A minha alimentação ficou mais regrada, com menos sal e carboidratos.” (U3)

“Não bebo mais e não como mais comida com sal.” (U5)

“Mudou muita coisa.” (U6)

“Não mudou praticamente nada, apenas a rotina da medicação.” (U8)

“Deixei de sentir dor de cabeça.” (U10)

“Fiquei mais cuidadosa.” (U12)

Eixo 2: Acolhimento e atenção à saúde

No que tange ao acesso e acolhimento e atenção à saúde realizados pela equipe multiprofissional, os participantes referiram:

“Não consigo marcar consulta com uma nutricionista para fazer minha dieta.” (U8)

“Recebi a orientação para fazer dieta, perder peso e fazer caminhada.” (U9)

“Faço uso da medicação de acordo com a prescrição médica.” (U10)

“Recebi orientação para evitar sal, carboidrato e fazer atividade física.” (U11)

“Fui encaminhada ao cardiologista.” (U12)

A respeito das dificuldades encontradas ao longo do processo, foi relatado:

“Não apresento dificuldades para tomar as medicações.” (U1)

“Pratico caminhadas esporadicamente.” (U2)

“Não participo dos grupos da minha unidade de saúde.” (U3)

“O médico passou uma alimentação que eu não posso comprar.” (U6)

“Não recebi nenhum tipo de orientação nutricional.” (U12)

DISCUSSÃO

Diante dos dados analisados, foi constatado que a maioria dos portadores de HAS entrevistados era do sexo feminino, casada e se autodeclarava branca. Foi identificada também a presença de outras comorbidades como diabetes mellitus, doença de Parkinson, dislipidemia e labirintite. Apesar de pessoas negras apresentarem uma maior predisposição para HAS, neste estudo, a predominância foi de pessoas brancas. Estudos realizados em outros estados brasileiros destacam maior atendimento às mulheres, por elas perceberem seus problemas de saúde mais do que os homens e procurarem mais pelos serviços de saúde.^{5,17,18,19}

As baixas escolaridade e renda identificadas nos participantes do estudo podem ser consideradas elementos que dificultam a adesão ao tratamento, assim como a percepção sobre a assistência recebida pela equipe da ESF e o entendimento sobre a morbimortalidade atrelada à doença. Isso porque, à medida que aumenta a complexidade terapêutica, o paciente precisa obter habilidades cognitivas mais complexas para compreensão do tratamento prescrito e sua adesão^{15,14, 18}.

Em relação à experiência em ser hipertenso abordada no Eixo 1, foi notório que os participantes não sabiam ao certo o significado da doença nem suas consequências e gravidade¹⁵. Os participantes acreditavam que as mudanças na rotina após o diagnóstico de HAS atreladas à alimentação saudável tinham influência na minimização dos sintomas da doença. Nesse contexto, a falta de conhecimento a respeito da doença e suas formas de tratamento já foram observadas em estudos anteriores, ressaltando que o uso correto da medicação, alimentação adequada e prática de atividades físicas expressam uma melhora nos eventuais sintomas da doença^{15,16}.

Foi perceptível a crença dos participantes que, ao fazerem uso da medicação prescrita, não precisaram realizar outras medidas para controle da hipertensão. Vale a pena ressaltar que apenas o tratamento farmacológico não é eficaz para o controle dessa patologia. Estratégias que incluam o controle de peso, reeducação alimentar, redução no consumo de bebidas alcoólicas, abandono do tabagismo e realização de atividade física contribuem para o controle e tratamento da HAS, além de reduzirem o risco de doenças cardiovasculares^{14,15,23}.

Um estudo realizado no Nordeste do Brasil apresentou resultados semelhantes, evidenciando que a educação em saúde foi fundamental para a adesão ao tratamento, mudanças nos hábitos de vida, como também para o conhecimento da doença, interferindo na forma de agir do paciente portador de HAS²⁰. É importante mencionar que a adesão ao tratamento pode ser definida a partir do comportamento dos pacientes, mediante as propostas de tratamento apresentadas pela equipe de saúde com o objetivo de prevenir complicações e melhorar a qualidade de vida dessa população²¹.

A presença de familiares ou pessoas próximas para compor uma rede de apoio aos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis é essencial, pois, nessas situações, existe a necessidade de cuidados contínuos para uma maior eficácia no tratamento. É necessário também o acompanhamento dos níveis pressóricos, uso correto dos medicamentos, alimentação adequada e prática de atividades físicas⁷.

Já em relação ao Eixo 2, que aborda o Acolhimento e atenção à saúde, faz-se necessário o cuidado continuado ao portador de HAS, envolvendo a equipe multiprofissional de saúde como corresponsável pelas pessoas que fazem parte do território de abrangência da UBS. Nessa perspectiva, o acolhimento se destaca como uma tecnologia leve em saúde que contribui para a organização do processo de cuidado, ressaltando que os profissionais de saúde precisam estar disponíveis para realizá-lo com resolutividade e responsabilização^{14,16}. É importante considerar o meio no qual os usuários estão inseridos, respeitando as especificidades de cada indivíduo e sua necessidade de atendimento e de demanda²³.

No Sistema Único de Saúde, o acolhimento é um processo que permeia a abordagem ao usuário, definido também como um espaço onde é realizada a primeira escuta com a identificação das necessidades do paciente, orientando-o e direcionando-o para resolução do seu problema²⁰. Esse processo está incluído nos objetivos da Política Nacional de Humanização e pode subsidiar as práticas dos profissionais de saúde para o atendimento das necessidades dos usuários, no contexto da APS^{22, 23}.

Dessa forma, o atendimento aos usuários hipertensos no cotidiano da ESF abrange uma demanda representativa e que exige cuidado quanto ao acolhimento e atenção à saúde. Isso se deve ao fato de que a HAS é uma doença de alta prevalência, com perda importante da qualidade de vida²⁰. A finalidade primordial do acompanhamento ao usuário com HAS é conseguir realizar o controle da doença e a prevenção do desenvolvimento de complicações secundárias. Para isso, se faz necessário o envolvimento da equipe de saúde, do usuário e de sua família^{11,21}.

É importante ressaltar que a rotatividade dos profissionais de saúde associada ao quantitativo insuficiente bem como a qualificação desses profissionais para atuar na APS dificultam o trabalho da ESF^{20,21}. Nesse contexto, torna-se necessário modificar o sentido das consultas individuais, incorporando ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde no Sistema Único de Saúde. Para fortalecer o vínculo entre os usuários e os profissionais de saúde, faz-se necessário ampliar o acesso à informação, criando estratégias participativas de promoção da saúde e prevenção de doenças¹².

CONCLUSÃO

O estudo evidenciou que a percepção dos usuários entrevistados sobre a experiência de ser hipertenso está atrelada à falta de conhecimento a respeito da doença e suas formas de

tratamento. É imprescindível ressaltar que o uso correto da medicação, alimentação adequada e prática de atividades físicas influenciam diretamente na redução e controle dos sintomas da HAS.

Diante do exposto, é importante fortalecer o diálogo entre os profissionais de saúde e usuários, proporcionando espaços para melhor acompanhamento e acolhimento dessas pessoas. Também é essencial informar sobre os fatores de risco, tratamento e possíveis complicações relacionados a HAS, por meio de ações de promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida.

CONFLITO DE INTERESSE

Nada a declarar

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

FSRB: Conceitualização, Curadoria de dados, Metodologia, Administração de projetos, Supervisão, Validação, Visualização, Redação – rascunho original e Redação – revisão e edição.

MNBLCB: Investigação e Recursos.

REFERÊNCIAS

1. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017: Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
2. Oliveira ACD, Giacomini KC, Santos WJ, Firmo JOA. A percepção do usuário idoso sobre o acesso e a qualidade da Atenção Primária à Saúde. Rev Bras Med Fam Comunidade. Rio de Janeiro, 2022 Jan-Dez; 17(44):2363. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc17\(44\)2363](https://doi.org/10.5712/rbmfc17(44)2363).
3. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20_cuidado_pessoas%20_doencas_cronicas.pdf.
4. Brasil, Ministério da. Portaria nº 483 de 1º de abril de 2014: Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Brasília: 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html.
5. Oliveira JRA, Santos Filho MAA, Santos MJMN, Militão TO, Santana AGC. Fatores de risco para baixa adesão ao tratamento farmacológico de hipertensão arterial sistêmica na Atenção Primária à Saúde. REAS/EJCH. 2021 jan; 13(1). DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e5514.2021>.

6. Silva CA, Rocha RC, Bueno SLO, Fontes SLF, Leão VD, Marinho NA, Giacomet M. Hipertensão arterial sistêmica na Atenção Básica de Saúde. SAÚDE & CIÊNCIA EM AÇÃO. 2018 jan/jul; 4(1).
7. Brasil. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica.pdf.
8. Santos ALS, Andrade CJN, Santos MS, Neto MFS, Porto TD. Percepção de usuários com diabetes acerca da assistência recebida na atenção primária à saúde. Rev. APS. 2018 abr/jun; 21(2): 251 - 258. DOI: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2018.v21.16042>.
9. Camargo PNN, Tenani CF, Bulgareli JV, Guerra LM, Silva RP, Batista MJ. Estudo qualitativo da percepção de usuários hipertensos e diabéticos sobre saúde na Atenção Primária. Rev Ciênc Med. 2021;30:e215047. DOI: <https://doi.org/10.24220/2318-0897v30e2021a5047>.
10. Oliveira ACD, Giacomini KC, Santos WJ, Firmo JOA. A percepção do usuário idoso sobre o acesso e a qualidade da Atenção Primária à Saúde. Rev Bras Med Fam Comunidade. Rio de Janeiro, 2022 Jan-Dez; 17(44):2363. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc17\(44\)2363](https://doi.org/10.5712/rbmfc17(44)2363).
11. Saez MO, Facchini LA, Tomasi E. Avaliação da satisfação de usuários da Atenção Básica portadores de hipertensão e diabetes. APS em Revista Vol. 1, n. 3, p. 206/221 Set/Dez – 2019. DOI: <https://doi.org/10.14295/aps.v1i3.49>.
12. Pavan IP, Baptista ASL, Rosa CP, Cabral DS, Bittencourt F, Silva SA. Satisfação do usuário com os serviços de saúde de atenção básica: percepção masculina. Cienc Cuid Saude 2020;19. DOI: <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v19i0.46760>.
13. Bardin L. Análise do conteúdo. Lisboa (PT): Edições 70; 2011.
14. Sousa JR, Santos SCM. Análise de conteúdo em pesquisa qualitativa: modo de pensar e de fazer. Pesquisa e Debate em Educação. Juiz de Fora, 2020 Jul-Dez; 10 (2):1396 – 1416. DOI: <https://doi.org/10.34019/2237-9444.2020.v10.31559>.
15. Santos CS, Pol-Fachin L. Adesão e percepção de pacientes hipertensos atendidos pela Estratégia da Saúde da Família sobre o tratamento e controle da doença. Research, Society and Development, v. 11, n. 16, e469111637452, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i16.37452>
16. Batista Ferro G, Victória Barbosa Flexa C, Lucas Farias Lima I, do Socorro Maciel Quaresma M, Moraes de Moraes T. Adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica na Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa de literatura: Adherence to the treatment of systemic arterial hypertension in Primary Health Care: an integrative literature review. Rev. Saúde Col. UEFS [Internet]. 13º de setembro de 2023;13(2):e7615. Disponível em: <https://periodicos.uefs.br/index.php/saudecoletiva/article/view/7615>
17. Sarno F, Bittencourt CA, Oliveira SA. Perfil de pacientes com hipertensão arterial e/ou diabetes








- mellitus de unidades de Atenção Primária à Saúde. *einstein* (São Paulo). 2020;18:eAO4483. http://dx.doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AO4483
18. Carvalho TR, Ribeiro LC. Associação entre letramento funcional em saúde e adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica na atenção primária à saúde. *Rev. APS*. 2020; out./dez.; 23 (4). DOI: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2020.v23.16894>.
 19. Negrão MLB, et al. Sala de espera: potencial para a aprendizagem de pessoas com hipertensão arterial. *Rev. Bras. Enferm.* 71 (6); Nov-Dec 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0696>
 20. Silva Filho JA, Cunha MC, Santos RL, Victor IAB, Vieira RB, Oliveira IMM. Percepção dos Pacientes Hipertensos sobre o Acolhimento na Atenção Primária à Saúde. *Id on Line Rev. Mult. Psic.* V.12, N. 40. 2018. DOI: <https://doi.org/10.14295/online.v12i40.1157>.
 21. Kremer, C. M. S., Gomes, M. F. P., Santos, M. S., Carvalho, V. C. dos S., Lazarini, C. A., & Fracoli, L. A. (2022). Percepção de Hipertensos e Diabéticos sobre a Adesão ao Tratamento Farmacológico e Não Farmacológico. *Saúde em Redes*, 8(2), 131–143. <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2022v8n2p131-143>
 22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_humanizaus_atencao_basica_v2_1ed.pdf.
 23. Nóbrega TF, Sousa MNA. Papel do Médico de Família e Comunidade no Manejo da Hipertensão Arterial na Atenção Primária à Saúde. *Id on Line Rev. Mult.* Edição eletrônica V.14 N. 54 p. 419-426 Fevereiro/2021. DOI: <https://doi.org/10.14295/online.v15i54.2998>.



Angioarquitetura da artéria meníngea média em cabeças ósseas humanas: um estudo morfométrico

Angioarchitecture of the middle meningeal artery in human skulls: a morphometric study



Ismael Felipe Gonçalves Galvão¹  Fernando Augusto Pacífico¹ 
Bruna Laryssa Santos Borges Machado¹  Isabella Cristina Oliveira Pacheco¹ 
Luciana Larissa Rodrigues dos Santos Queiroz¹  Renata Cristinny de Farias Campina² 
Olávio Campos Júnior¹ 

¹ Faculdade de Medicina de Olinda. Olinda, Pernambuco, Brasil.

² Universidade Federal de Pernambuco. Recife, Pernambuco, Brasil.

Resumo

Introdução: A artéria meníngea média (AMM) possui grande relevância clínica e cirúrgica, e o conhecimento da sua angioarquitetura é importante em vários procedimentos, no entanto, é evidente a escassez de estudos sobre seus aspectos morfométricos. **Objetivos:** O presente estudo objetivou analisar a morfometria dos sulcos da AMM por meio de uma abordagem digital. **Método:** Foram selecionadas 35 cabeças ósseas por permitirem a visualização completa do sulco da AMM, das quais foram medidos os comprimentos do tronco principal, dos ramos parietal e frontal, o ângulo inter-ramos e o diâmetro do forame espinhoso bilateralmente com o auxílio do *software* ImageJ®. **Resultados:** Os dados morfométricos foram facilmente obtidos e não foram observadas diferenças na morfometria bilateral do tronco principal e do ramo parietal, no entanto, o comprimento do ramo frontal foi maior no antímero direito. Também não foram encontradas diferenças nas medidas do forame espinhoso e do ângulo inter-ramos. **Conclusão:** Métodos digitais de análise morfométrica da AMM são vantajosos em termos de precisão e rapidez na obtenção de dados. Por outro lado, a AMM apresenta poucas variações morfométricas bilateralmente, representando importantes achados que devem ser observados cuidadosamente no planejamento de procedimentos cirúrgicos

Como citar: Galvão IFG, Pacífico FA, Machado BLSB, Pacheco ICO, Queiroz LLRS, Campina RCF et al. Angioarquitetura da artéria meníngea média em cabeças ósseas humanas: um estudo morfométrico. An Fac Med Olinda 2024; 1(11):47
doi: <https://doi.org/10.56102/afmo.2024.311>

Autor correspondente:

Fernando Augusto Pacífico.
E-mail: fapacifico@outlook.com

Fonte de financiamento:

Não se aplica

Parecer CEP: nº

5.689.062

Recebido em: 06/07/2023

Aprovado em: 07/02/2024

e servir de base para futuras análises.

Palavras-chave: Anatomia; Artérias cerebrais; Relevância clínica.

Abstract

Introduction: The middle meningeal artery (MMA) is clinically and surgically relevant, and knowledge regarding its angioarchitecture is essential in various procedures. However, literature lacks studies exploring its morphometric aspects. **Objectives:** This study aimed to analyze the MMA sulci morphometry using a digital approach. **Method:** Thirty-five skulls with a complete visualization of the MMA sulcus were selected. From this, the length of the main trunk and parietal and frontal branches, the inter-branch angle, and the diameter of the foramen spinosum were measured bilaterally using the ImageJ® software. **Results:** Morphometric data showed no differences in the morphometry of the main trunk and parietal branch according to laterality. On the other hand, the length of the frontal branch was higher on the right side of the skulls. No differences were observed in the measurements of the foramen spinosum and the inter-branch angle. **Conclusion:** Digital methods for morphometric analysis of the MMA offer advantages in terms of precision and speed in obtaining data. Also, the MMA exhibits few bilateral morphometric variations that should be considered for planning surgical procedures and as a basis for future analyses.

Keywords: Anatomy, Cerebral arteries, Clinical relevance.

INTRODUÇÃO

A artéria meníngea média (AMM) é a principal artéria dural humana, e sua origem e trajeto podem variar não apenas quanto ao desenvolvimento embriológico do sistema estapedial, mas também em relação à artéria carótida interna, à artéria oftálmica, à artéria trigêmea e ao tronco inferolateral¹. Originada da artéria maxilar interna na grande maioria das vezes, a artéria meníngea média adentra na fossa média do crânio através do forame espinhoso, atravessa lateralmente a crista óssea e curva anteriormente acima da asa superior do esfenoide².

A sua complexa origem embriológica e a sua íntima relação com a abóbada craniana conferem à AMM importantes relevâncias clínicas e cirúrgicas³. Muitos autores estudaram os aspectos morfológicos da AMM e, em grande parte, citam o complexo desenvolvimento a partir do sistema estapedial, presente no desenvolvimento embrionário, como origem dessa grande quantidade de variações anatômicas^{1,4}.

Devido a suas características anatômicas únicas e a sua proximidade com o osso temporal, a AMM é vulnerável a traumas cranianos, levando a pseudoaneurismas e sangramentos, além de, possivelmente, estar envolvida com mecanismos que associam a cefaleias crônicas com vasodilatação arterial ou inflamação neurogênica⁵. O conhecimento da angioarquitetura da AMM é importante em procedimentos como a desvascularização de tumores da dura-máter,

hematomas epidurais e até mesmo no entendimento de condições clínicas como a migrânea^{4,6}. Nesse sentido, a análise morfométrica pode fornecer informações únicas sobre o tamanho, localização e características geométricas e serem utilizadas na elucidação de abordagens cirúrgicas e radiológicas^{7,8}. Apesar da existência de estudos que abordam os aspectos morfológicos e embriológicos da AMM, é evidente a escassez de informações a respeito da morfometria dessa estrutura tão importante^{4,6}.

Nessa perspectiva, o presente estudo visa fornecer novas percepções sobre a AMM ao investigar a sua angioarquitetura em crânios cadavéricos humanos por meio de uma abordagem inovadora e apresentar uma análise morfométrica em função da lateralidade bem como da relação destes aspectos com as implicações clínico-cirúrgicas.

MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional e transversal. Para sua realização, foram avaliadas 100 cabeças ósseas humanas pertencentes ao acervo anatômico do Departamento de Anatomia de uma instituição de ensino superior. As 35 cabeças selecionadas foram preparadas com escalas milimétricas para padronização das medidas e posterior calibração do software. Em seguida, as imagens foram obtidas utilizando uma câmera digital Finepix S4800 (Fujifilm Corp., Toquio, Japão) e transferidas para um microcomputador para processamento com o auxílio do software ImageJ[®] versão 1.46r 2012. A partir deste, foram calculados os comprimentos do tronco principal, do ramo frontal e do ramo parietal, além do ângulo entre os ramos frontal e parietal (inter-ramos) e o diâmetro do forame espinhoso (Figura 1).

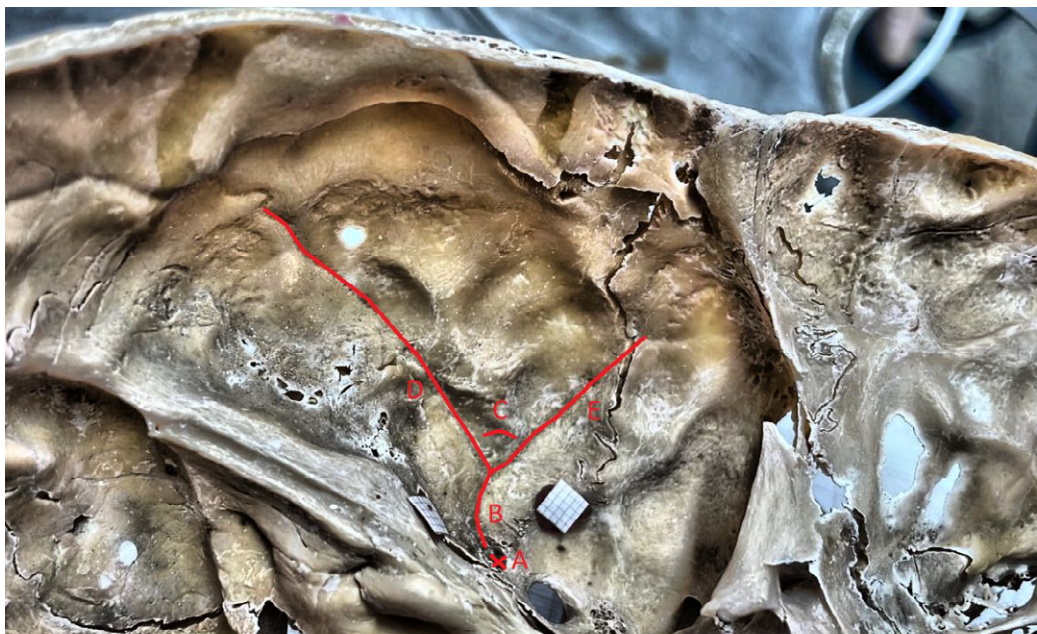


Figura 1. Visão interna da base do crânio mostrando as cinco mensurações realizadas bilateralmente: **(A)** diâmetro do forame espinhoso, **(B)** comprimento do tronco principal, **(C)** ângulo entre os ramos frontal e parietal, **(D)** comprimento do ramo parietal **(E)** comprimento do ramo frontal.

A análise estatística foi realizada por meio do software SPSS® (IBM Corp., Chicago, EUA), utilizando o teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov e a comparação com o teste Wilcoxon. Os dados não normais foram apresentados por meio das medidas de tendência central (média, mínimo e máximo) e de dispersão (desvio padrão), e o nível de significância para todos os testes foi considerado $p < 0,05$.

RESULTADOS

No presente estudo, foi utilizada uma abordagem digital pioneira para a avaliação dos sulcos da AMM de 100 cabeças ósseas. Destas, 35 permitiram a avaliação morfométrica nos antímeros direito (AD) e esquerdo (AE), e as medidas que foram facilmente obtidas estão apresentadas na Tabela 1. As demais foram consideradas como perda amostral por não permitirem a visualização dos sulcos das artérias bilateralmente ou estarem danificadas.

Tabela 1. Dados morfométricos da AMM em humanos medidos nos AD e AE.

Variáveis	AD	AE	p
Tronco principal (mm)	14,58 ± 9,52 (3,1–53,5)	16,01 ± 12,18 (4,9–59,3)	0,87
Ramo parietal (mm)	28,98 ± 17,89 (8,3–80,4)	30,38 ± 17,24 (11,8–67,7)	0,74
Ramo frontal (mm)	26,83 ± 16,67 (9,60–87,40)	29,89 ± 12,77 (10,5–68,7)	0,01**
Ângulo inter-ramos (°)	89,66 ± 16,83 (91,0 –122,0)	85,91 ± 24,64 (22,0–126,0)	0,70
Forame espinhoso(mm)	2,14 ± 0,40 (1,50–3,10)	2,15 ± 0,44 (1,10–3,0)	0,77

Os valores representam médias ± desvios padrão; mediana (mínimo – máximo). Teste Wilcoxon: $p \leq 0,05$ (*), $p \leq 0,01$ (**). AMM: Artéria meníngea média; AD: Antímero direito; AE: Antímero esquerdo.

Não foram encontradas diferenças no comprimento do tronco principal (AD: 14,58 ± 9,52 mm e AE: 16,01 ± 12,18 mm, $p = 0,870$) nem no comprimento do ramo parietal (AD: 28,98 ± 17,89 mm e AE: 30,38 ± 17,24 mm, $p = 0,743$). No entanto, foi observado que o ramo frontal esquerdo foi significativamente maior que o ramo frontal direito (29,89 ± 12,77 mm e 26,83 ± 16,67 mm, respectivamente, $p = 0,011$). Por fim, não foram identificadas diferenças no diâmetro do forame espinhoso (AD: 2,14 ± 0,40mm e AE: 2,15 ± 0,44 mm, $p = 0,771$) nem na medida do ângulo entre os ramos frontal e parietal (AD: 89,66 ± 16,83° e AE: 85,91 ± 24,64°, $p = 0,700$).

DISCUSSÃO

A utilização do *software* de processamento de imagens ImageJ® como ferramenta de es-

tudo morfométrico foi discutida por Aragón-Sánchez et al., cujo estudo evidenciou a eficiência do método e a fácil utilização para medida de estruturas, com modelo interavaliadores apresentando um intervalo de confiança de 95%, o que demonstra uma excelente confiabilidade⁹.

Ainda nessa perspectiva, Tobin e colaboradores¹⁰ desenvolveram um estudo sobre a implementação de um novo tipo de análise morfométrica automatizada com base no *software* ImageJ[®] para o estudo de nervos periféricos. Nele, observou-se que a diferença entre o método manual de mensuração e o novo método, baseado no software, não foi estatisticamente significativa ($p > 0,05$). Dentre as vantagens do novo método identificadas, os autores concluíram que sua nova abordagem possui maior conveniência, eficiência de tempo, precisão e menor erro ou viés do operador¹⁰. No presente estudo, a utilização dessa ferramenta promoveu uma eficiente e fidedigna mensuração das estruturas, condizente com os estudos^{9,10} supracitados.

O sulco da artéria meníngea média estava bilateralmente presente em todos os crânios estudados, compatível com descrições convencionais de livros de texto¹¹. Por meio de uma abordagem inovadora, as observações deste estudo revelam que a AMM não apresentou variações no comprimento do seu tronco principal, ramo parietal, nem no diâmetro do forame espinhoso ou ângulo inter-ramos quanto à antimeria.

Existem poucos estudos que abordam os aspectos morfométricos da AMM, bem como pesquisas que correlacionam a anatomia vascular aos fatores intrínsecos e antropométricos dos indivíduos¹². Por outro lado, a abordagem da fossa média e suas variações oferecem uma via cirúrgica adequada para lidar com lesões na junção das fossas cranianas anterior e posterior. Para tanto, a compreensão clara dos marcos anatômicos e suas variações são fundamentais para o manejo eficaz dessas lesões, evitando complicações incapacitantes¹³. Desta forma, essas informações são importantes para prever o envolvimento arterial em fraturas do lado do crânio que pode ser afetado.

Nessa perspectiva, a partir das análises morfométricas desse estudo, percebeu-se que o comprimento do tronco principal da AMM não variou em relação a sua lateralidade, corroborando as observações feitas por estudos anteriores^{4,6}. Por outro lado, nos estudos desenvolvidos por da Silva et al.⁶ e Honnegowda et al.⁴, foram notadas variações bilaterais no comprimento do ramo parietal, enquanto, no presente estudo, não foram observadas variações na morfometria da mesma estrutura. Isso pode ser justificado por diferenças amostrais, populacionais ou de métodos utilizados entre os estudos. Além disso, foi identificada uma diferença bilateral no comprimento do ramo frontal da AMM, apoiando os achados observados por da Silva et al.⁶. Embora outros fatores também possam estar envolvidos, a principal tese que explica as variações anatômicas dessa artéria é sua complexa origem embriológica¹⁴.

A AMM é a artéria intracraniana filogeneticamente mais recente, e sua evolução e desenvolvimento estão intimamente relacionados com o desenvolvimento dos lobos cerebrais¹⁵.

Ademais, seu surgimento tem estreita relação com o sistema estapedial, o qual está presente nas primeiras semanas do desenvolvimento fetal e se degenera por volta da décima semana^{1,16}. Dessa forma, esse vaso é suscetível a variações anatômicas e anastomoses, possuindo grande relevância no estudo de uma série de patologias^{1,17}.

Alguns pontos sobre as variações encontradas na irrigação craniana ficaram evidentes e podem elucidar a variação do ramo frontal identificada no presente estudo. De acordo EISOVÁ e colaboradores¹⁸, os padrões macroscópicos dos vasos meníngeos não são influenciados bilateralmente pelo sexo nem o formato do crânio em populações adultas europeias modernas com proporções neurocranianas braquicefálica e mesocefálica. No entanto, a AMM aparentemente é mais desenvolvida nas regiões anteriores endocranianas¹⁸, o que sugere maiores atividades angiogênicas que podem levar a variações no comprimento do ramo frontal; entretanto, é necessária a realização de estudos direcionados ao esclarecimento dessas características.

Ainda nesse sentido, um estudo pioneiro sugere que a AMM é mais desenvolvida no antímero direito, porém, não fornece avaliação quantitativa que respalde essas conclusões¹⁹. EISOVÁ e colaboradores¹⁸ concluem que assimetrias no trajeto desses vasos são sutis e possivelmente estão associadas a assimetrias cerebrais que causam diferenciada distribuição da pressão intracraniana. O estudo, todavia, relata a inexistência de pesquisas experimentais que apoiem ou contradigam essa hipótese¹⁹.

Quanto ao diâmetro do forame espinhoso, não foram observadas diferenças morfométricas de acordo com a sua lateralidade. O forame espinhoso é um marco anatômico importante para cirurgias da fossa craniana, uma vez que, por ele, cursam estruturas neurovasculares importantes e pode apresentar significativa diferença de acordo com a lateralidade^{14,20}. Ainda com relação ao forame espinhoso, BILORIA e SILVA e colaboradores¹² observaram que o diâmetro médio do forame foi de 1,8 a 2,8 mm, a depender da lateralidade e sexo do indivíduo, achados semelhantes aos do presente estudo, no qual foi observado uma média de 2,0 mm.

Neste estudo, foi avaliado o ângulo formado pelos ramos frontal e parietal da AMM, os quais não apresentaram diferenças morfométricas bilateralmente, corroborando as observações feitas nos estudos realizados anteriormente^{4,6,20}. Contudo, é evidente a escassez de estudos morfométricos a respeito da angulação formada pelos ramos da AMM a despeito da importância clínica dessa informação, uma vez que o fluxo sanguíneo é inversamente proporcional ao ângulo formado pelos vasos, aumentando a possibilidade de dilatação da parede arterial e, consequentemente, o risco de formação de aneurismas²¹.

Nessa perspectiva, YE e colaboradores²¹ observaram uma relação positiva entre os ângulos dos vasos e a formação e ruptura de aneurismas. Essa variável pode, inclusive, ser um fator preditivo dessas condições. Outro exemplo foi evidenciado por JI e colaboradores²², que mostrou que a redução no ângulo formado pela AMM e a artéria maxilar interna podem complicar

procedimentos endovasculares, dificultando a passagem do fio-guia e cateter, aumentando a complexidade do procedimento. Assim, o estudo dos ângulos formados pelos vasos cerebrais é relevante no estudo de patologias e durante procedimentos como a embolização^{21,22}.

Por fim, enfatizamos que a nossa investigação representa uma grande inovação e contribuição com o estudo morfométrico bilateral dos sulcos da AMM em 35 cabeças ósseas. Portanto, sugerimos que mais estudos sejam realizados com maior número de observações para ampliar o conhecimento sobre as características morfométricas da AMM, confirmando achados anteriores e os presentes e enriquecendo a compreensão do desenvolvimento das variações nos ramos da AMM no adulto normal.

CONCLUSÃO

Os valores obtidos nas mensurações demonstraram ser eficientes, e o processamento de imagens por meio de softwares se mostrou uma importante ferramenta para o estudo da osteologia craniana e estabelecimento de padrões morfométricos específicos da AMM. O tronco principal, o ramo parietal, o diâmetro do forame espinhoso e o ângulo inter-ramos da AMM não apresentam variação bilateralmente. No entanto, o ramo frontal exibiu variações no seu comprimento em relação à antimeria. Por fim, os neurocirurgiões devem estar atentos a essa variação durante procedimentos cirúrgicos em abordagem ampliada da fossa craniana média.

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

IFGG: Conceitualização, curadoria de dados, análise de dados, pesquisa, metodologia, desenvolvimento, implementação e teste de software, validação de dados e experimentos, redação - manuscrito original, redação - revisão e edição. **FAP:** Conceitualização, curadoria de dados, análise de dados, pesquisa, metodologia, administração do projeto, supervisão, validação de dados e experimentos, design da apresentação de dados e redação - manuscrito original e redação - revisão e edição. **BLSBM:** Investigação. **ICOP:** Investigação. **LLRSQ:** Investigação. **RCFC:** supervisão, metodologia, disponibilização de ferramentas. **OCJ:** Conceitualização, curadoria de dados, pesquisa, metodologia, administração do projeto, implementação e teste de software, supervisão, validação de dados e experimentos, design da apresentação de dados e redação - revisão e edição.

REFERÊNCIAS

1. Bonasia S, Smajda S, Ciccio G, Robert T. Middle meningeal artery: Anatomy and variations. Vol. 41, Am J Neuroradiol.; 2020. p. 1777–85. doi: <https://doi.org/10.3174/ajnr.A6739>

2. Fantoni M, Eliezer M, Serrano F, et al. High frequency of ophthalmic origin of the middle meningeal artery in chronic subdural hematoma. *Neuroradiology*. 2020 May 1;62(5):639–44. doi: <https://doi.org/10.1007/s00234-020-02363-6>
3. Navarro-Orozco D, Sánchez-Manso JC. Neuroanatomy, Middle Cerebral Artery. 2023 Jul 24. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan–. PMID: 30252258.
4. Honnegowda TM, Dineshan V, Kumar A. Morphometry of organization of middle meningeal artery through the analysis of bony canal in human's skull: A clinico-anatomical and embryological insight. *J Craniovertebr Junction Spine*. 2019 Apr-Jun;10(2):127-130. doi: https://doi.org/10.4103/jcvjs.JCVJS_45_19.
5. Sant'Anna MAF, Luciano LL, Chaves PHS, et al. Anatomy of the Middle Meningeal Artery. *Arq Bras Neurocir: Brazilian Neurosurgery*. 2021 Dec 3;40(04):e339–48. doi: <https://doi.org/10.1055/s-0041-1733863>
6. da Silva TH, Ellwanger JH, da Rosa Silva HT, et al. Morphometric Analysis of the Middle Meningeal Artery Organization in Humans—Embryological Considerations. *J Neurol Surg B Skull Base*. 2013 Jan 22;74(02):108–12. doi: <https://doi.org/10.1055/s-0033-1333615>
7. Gijzen FJH, Vis B, Barrett HE, et al. Morphometric and Mechanical Analyses of Calcifications and Fibrous Plaque Tissue in Carotid Arteries for Plaque Rupture Risk Assessment. *IEEE Trans Biomed Eng*. 2021 Apr;68(4):1429–38. doi: <https://doi.org/10.1109/TBME.2020.3038038>
8. Yagoub SME, Taib AA, Mansouri MY, Elfakhri A, Abdalla MA. Anatomical Variations, Parameters, and Morphometric Evaluation of Renal Arteries by Using Computerized Tomography Angiography. *Int. J. Clin. Ski*. 2022 Oct 29;16(10):265. DOI:10.37532/1753-0431.2022.16(10).265
9. Aragón-Sánchez J, Quintana-Marrero Y, Aragón-Hernández C, Hernández-Herero MJ. ImageJ: A Free, Easy, and Reliable Method to Measure Leg Ulcers Using Digital Pictures. *Int J Low Extrem Wounds* 2017;16(4):269-273. doi: <https://doi.org/10.1177/1534734617744951>
10. Tobin CA, Wang Z, Zhang LL, et al. A new computerized morphometric analysis for peripheral nerve study. *J Reconstr Microsurg*. 2014;30(2):75-82. doi: <https://doi.org/10.1055/s-0033-1354738>
11. Standring S, Ellis H, Healy JC, Johnson D. Gray's anatomy. 39th ed. London: Elsevier Churchill Livingstone; 2005. p. 442p.
12. Bitoria E Silva Y, Hirota VB, Augusto V, et al. Contribuição ao estudo morfológico dos sulcos da artéria meníngea média em crânios humanos cadavéricos. *RMS*. 2023;5(1):20–31.
13. Maina R, Ducati A, Lanzino G. The middle cranial fossa: Morphometric study and surgical considerations. *Skull Base*. 2007 Nov;17(6):395–404. doi: <https://doi.org/10.1055/s-2007-991117>
14. Galvão IFG, Pacífico FA. Angioarquitetura da artéria meníngea média. *Anais da Faculdade de*








- Medicina de Olinda. 2022 Dec 22;1(7):34–41. doi:<https://doi.org/10.56102/afmo.2022.178>
15. Pallavi., Priyanka R, Sinha BK. A Morphometric Assessment of the Anatomical Variations in Branching Pattern of Middle Cerebral Artery: An Observational Study. *International Journal of Toxicological and Pharmacological Research* [Internet]. 2022;12(6):138–42.
 16. Natali AL, Reddy V, Leo JT. Neuroanatomy, Middle Meningeal Arteries. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; October 24, 2022. PMID: 30137830
 17. Kumar S, Mishra NK. Middle meningeal artery arising from the basilar artery: report of a case and its probable embryological mechanism. *J Neurointerv Surg*. 2012;4(1):43-44. doi: <https://doi.org/10.1136/jnis.2010.004465>
 18. Eisová S, Pířová H, Velemínský P, Bruner E. Normal craniovascular variation in two modern European adult populations. *J Anat*. 2019;235(4):765-782. doi: <https://doi.org/10.1111/joa.13019>
 19. Saban R. Image of the human fossil brain: endocranial casts and meningeal vessels in young and adult subjects . In: Jean-Pierre Changeux, Jean Chavaille, editors. *Origins of the human brain*. Oxford: Clarendon Press.; 1995. p. 11–38. doi: <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198523901.001.0001>
 20. Ellwanger J, Campos D. Abnormality of the Foramen Spinosum due to a Variation in the Trajectory of the Middle Meningeal Artery: A Case Report in Human. *J Neurol Surg Rep*. 2013 May 23;74(02):073–6. doi: <https://doi.org/10.1055/s-0033-1347901>
 21. Ye J, Zheng P, Hassan M, et al. Relationship of the angle between the A1 and A2 segments of the anterior cerebral artery with formation and rupture of anterior communicating artery aneurysm. *J Neurol Sci*. 2017;375:170-174. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jns.2017.01.062>
 22. Ji T, Hou K, Li C, Yu J. Imaging features of internal maxillary artery and extracranial middle meningeal artery and their relationships on head CTA. *Neuroradiol J*. 2021 Dec 27;34(6):629–41. doi: <https://doi.org/10.1177/19714009211019380>



Impacto da vacina contra o papilomavírus humano nos casos de câncer no colo do útero em mulheres jovens do estado de Pernambuco

Impact of human papillomavirus vaccine on cases of cervical cancer in young women from Pernambuco state



José Kaellyson Barbosa dos Santos Oliveira¹  Joyce Nobre Tavares¹ 
Leila Maria Carlos Teixeira¹  Maria Clara Silva Rocha¹  Sarah Oliveira Porto¹ 
José Lancart de Lima²  Conceição Maria de Oliveira^{1,3} 

¹ Faculdade de Medicina de Olinda. Olinda, Pernambuco, Brasil.

² Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde e Atenção Primária, Diretoria Geral de Informações Epidemiológicas, Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Recife, Pernambuco, Brasil.

³ Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde, Secretaria de Saúde do Recife. Recife, Pernambuco, Brasil.

Resumo

Objetivo: Descrever o impacto da vacina contra o papilomavírus humano nos casos de câncer cervical em mulheres de 15 a 24 anos, residentes em Pernambuco, comparando os períodos de 2006 a 2013 e 2015 a 2022. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo retrospectivo, de corte transversal, comparando o número de casos de câncer cervical antes (intervalo 1 = 2006 a 2013) e após (intervalo 2 = 2015 a 2022) a implementação da vacina contra o papilomavírus humano no Brasil e a quantidade de doses aplicadas entre 2014 e 2022. Os dados foram obtidos do Sistema de Informação de Câncer, do Sistema de Informação de Câncer de Colo de Útero e do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização. **Resultados:** Foram registrados 55 casos desse câncer entre 2006 e 2022, excluindo-se o ano de 2014, com média de 3,4 ± 1,9 casos/ano. No intervalo 1 (39 casos), 46,2% foram do carcinoma epidermóide invasivo e 41,0%, do adenocarcinoma invasor. No intervalo 2 (16 casos), a maioria (62,5%) também foi do carcinoma epidermóide invasivo. Comparando-se os intervalos, houve redução de 59%, sendo

Como citar: Oliveira JKBS, Tavares JN, Teixeira LMC, Rocha MCS, Porto SO, Lima JL, et al. Impacto da vacina contra o papilomavírus humano nos casos de câncer no colo do útero em mulheres jovens do estado de Pernambuco. An Fac Med Olinda 2024; 1(11):56 doi: <https://doi.org/10.56102/afmo.2024.298>

Autor correspondente:

Sarah Oliveira Porto.
E-mail: sarinha.o.porto@gmail.com

Fonte de financiamento:

Programa de Desenvolvimento Institucional de Iniciação Científica (PRODIIC), Faculdade de Medicina de Olinda.

Parecer CEP: Não aplicável.

Recebido em: 06/06/2023

Aprovado em: 21/03/2024

maior na faixa etária de 15 a 19 anos (83,3%) e no adenocarcinoma invasor (75%). Também houve queda nas doses da vacina aplicadas, destacando-se 2016 e a partir de 2020, ano de início da pandemia da covid-19. **Conclusão:** Este estudo denota a importância da vacinação contra o papilomavírus humano e sua associação com a diminuição dos casos de câncer cervical em mulheres jovens. É necessário maior tempo para avaliação dos efeitos desse imunizante na população, pois ele só foi implementado no Brasil em 2014.

Palavras-chave: Câncer de colo uterino; Epidemiologia; Papilomavírus humano; Vacinação.

Abstract

Objective: To describe the impact of the human papillomavirus (HPV) vaccine on cases of cervical cancer in women aged 15 to 24 years residing in Pernambuco (Brazil), comparing the periods of 2006 – 2013 with 2015 – 2022. **Methods:** This retrospective descriptive cross-sectional study compared cases of cervical cancer before (first period = 2006 – 2013) and after (second period = 2015 – 2022) implementation of the HPV vaccine in Brazil and analyzed the number of doses administered between 2014 and 2022. Data were obtained from the Brazilian Cancer Information System (SISCAN), Cervical Cancer Information System (SISCOLO), and National Immunization Program Information System (SI-PNI). **Results:** After excluding 2014, 55 cases of cervical cancer (mean = 3.4 cases/year, standard deviation = 1.9 cases) were registered between 2006 and 2022. Of the 39 cases from the first period, 46.2% were invasive squamous cell carcinoma, and 41.0% were invasive adenocarcinoma. Of the 16 cases from the second period, most (62.5%) were invasive squamous cell carcinoma. A reduction of 59% was observed in cases from the first to second period, mainly in the age group from 15 to 19 years (83.3%) and of invasive adenocarcinoma (75%). The number of administered doses of the vaccine also decreased, especially in 2016 and from 2020 (i.e., during the COVID-19 pandemic). **Conclusion:** This study demonstrated the importance of vaccination against HPV and its association with the decrease in cases of cervical cancer in young women. However, the effects of the HPV vaccine on the population should be assessed over a longer period since it was implemented in 2014 in Brazil.

Keywords: Cervical cancer; Epidemiology; Human papillomavirus; Vaccination.

INTRODUÇÃO

O câncer no colo do útero corresponde à terceira neoplasia maligna mais prevalente entre as brasileiras e, assim, é responsável por altas taxas de mortalidade em mulheres no país.¹ É definido pelo Instituto Nacional do Câncer como uma replicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão, subdividida em dois tipos histológicos: carcinoma epidermóide e adenocarcinoma, classificados como *in situ* ou invasivo.²

O papilomavírus humano (HPV) foi reconhecido como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento desse carcinoma, e os subtipos HPV 16 e 18 são os mais recorrentes envolvidos na fisiopatologia dessa enfermidade.³ Fatores externos, como o início precoce de

atividade sexual, comportamento sexual de risco, diversidade de parceiros sexuais, histórico de verrugas genitais, estado de imunossupressão, tabagismo e presença de outras infecções sexualmente transmissíveis podem contribuir para a patogênese dessa neoplasia.^{4,5}

Na sua fase inicial, o câncer no colo do útero manifesta-se de forma assintomática ou oligossintomática. Por isso, a busca por atendimento médico acaba sendo tardia, visto ser capaz de promover a evasão do sistema imune.⁶

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS), estabeleceu que o rastreamento para o câncer cervical deve iniciar a partir dos 25 anos de idade para as mulheres que já iniciaram a vida sexual, mantendo essa conduta até os 64 anos.⁷ Além disso, a partir de 2014, a vacinação contra o HPV tornou-se uma das estratégias adotadas pelo MS para minimizar a prevalência do câncer no colo do útero como parte do Programa Nacional de Imunização (PNI). Desse modo, meninos e meninas com idades de 9 a 14 anos e grupos com alguma condição clínica que favoreça a imunossupressão, com idades entre 9 e 45 anos, podem ser imunizados gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) com a vacina quadrivalente. Além desse público-alvo estabelecido, em agosto de 2023, o MS incluiu vítimas de violência sexual de 9 a 45 anos de idade ainda não imunizadas contra o HPV.^{8,9}

Nesse contexto, a Organização Mundial de Saúde recomenda que os países realizem a vacinação contra o HPV de forma a atingir a cobertura vacinal de 90% das crianças e adolescentes na faixa etária de 9 a 14 anos. No entanto, nos últimos anos, o Brasil não tem conseguido alcançar essa meta devido a diversos fatores, como a falta de conhecimento e a confiança dos efeitos benéficos da vacina e a propagação de *fake news*, que se intensificou a partir de 2020 com a pandemia da covid-19, quando não só a quantidade de doses aplicadas contra o HPV foi baixa, mas também de diversos outros imunizantes oferecidos pelo PNI.^{10,11}

Existem evidências robustas da eficácia da vacina contra o HPV para prevenir casos de câncer no colo do útero. Resultados de ensaios clínicos mostram que a vacina quadrivalente possui uma eficácia de 95% contra infecções persistentes por HPV 16 e 18 e lesões associadas a neoplasia intraepitelial cervical (NIC) de alto grau.¹²⁻¹⁵ Outrossim, o imunizante forneceu proteção sustentada em até 42 meses de acompanhamento contra as lesões de baixo grau atribuíveis aos tipos do HPV da vacina (6, 11, 16 e 18) e uma redução substancial de 83% na carga dessas doenças.¹⁴ Estudos subsequentes, em países nos quais a vacinação iniciou-se anos antes da implementação no Brasil, mostraram que houve redução de verrugas genitais em 93% das mulheres vacinadas com idade de 21 anos e em 72,6% naquelas entre 21 e 29 anos.¹⁵⁻¹⁷

Diante do exposto, é fundamental a adoção da vacina contra o HPV em programas globais de imunização direcionados a meninas e meninos, prioritariamente antes do início da vida sexual. Após alcançar ampla cobertura vacinal, é esperada a redução da morbidade e da mortalidade por doenças atribuíveis ao HPV, proporcionando avanço na saúde pública mundial.

O objetivo deste estudo é descrever o impacto da vacina contra o HPV nos casos de câncer no colo uterino em mulheres de 15 a 24 anos residentes no estado de Pernambuco, comparando os períodos de 2006 a 2013 com 2015 a 2022.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo retrospectivo, de corte transversal realizado a partir dos dados disponíveis nas plataformas do Departamento de Informática do SUS. A pesquisa foi desenvolvida com dados secundários sobre o câncer cervical e o número absoluto de doses aplicadas da vacina quadrivalente contra o HPV, tendo como área de estudo o estado de Pernambuco.

Os dados sobre os casos de câncer no colo do útero por ano de diagnóstico, faixa etária e tipo histológico foram obtidos do Sistema de Informação de Câncer e do Sistema de Informação de Câncer de Colo de Útero. Extraiu-se o quantitativo e o tipo de doses aplicadas da vacina quadrivalente contra o HPV por ano do sistema de informações do PNI. É válido ressaltar que não foram encontrados dados sobre a cobertura vacinal desse imunizante limitado ao estado de Pernambuco no sistema de informações do PNI.

População do estudo e período de referência

Critérios de inclusão

Estabeleceram-se como critério de inclusão os dados de mulheres entre 15 e 24 anos acometidas por câncer no colo uterino. Essa faixa etária foi selecionada por representar o segmento populacional que já deveria ter sido imunizado contra o HPV, levando em consideração que essa vacina foi implementada no Brasil em 2014 para meninas de 11 a 13 anos. Desta forma, em 2022, elas estariam com 19 a 21 anos, contudo, o Departamento de Informática do SUS só disponibiliza dados agregados nas faixas etárias entre 15 e 19 e entre 20 e 24 anos.

O quantitativo de casos de câncer no colo uterino foi analisado no período de 2006 a 2022. Entretanto, para efeito comparativo da distribuição dos casos por faixa etária e tipo histológico, determinaram-se dois períodos de estudo: intervalo 1, antes da implementação da vacina (2006 a 2013), e intervalo 2, após a introdução do imunizante (2015 a 2022).

Ademais, foram utilizados dados sobre as doses aplicadas da vacina quadrivalente contra o HPV em meninas de 11 a 13 anos de idade no ano de 2014 e de 9 a 14 anos no intervalo de 2015 a 2022 no estado de Pernambuco.

Critérios de exclusão

Os casos registrados em 2014 foram excluídos da análise comparativa dos casos de câncer no colo uterino por faixa etária e tipo histológico, em virtude de ter sido o ano de implementação da vacina contra o HPV no Brasil. Outrossim, lesões pré-malignas NIC 1 e NIC 2 também não entraram no quantitativo do estudo, assim como o carcinoma epidermóide *in situ* (NIC 3),

visto que não foram encontrados dados sobre este na classificação citopatológica do Departamento de Informática do SUS.

Os dados foram extraídos do Tabnet e exportados para o programa Microsoft Excel® 2021, no qual foram analisados por meio de estatísticas descritivas, frequência absoluta e relativa, assim como variação, média e desvio padrão.

A presente pesquisa foi realizada com dados secundários, sem qualquer identificação das pacientes, disponibilizados de forma agregada e de livre acesso em bases de dados oficiais na internet. Desse modo, em conformidade com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012, e reiterada pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 510/2016, fica este estudo dispensado de aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa local.

RESULTADOS

Em Pernambuco, no período de 2006 a 2022, foram registrados 55 casos de câncer no colo do útero em mulheres jovens de 15 a 24 anos de idade, configurando uma média de $3,4 \pm 1,9$ casos por ano. Destaca-se que os dados do ano de 2014 foram excluídos dessa análise. No intervalo 1 (2006 a 2013), ocorreram 39 casos, uma média de $4,9 \pm 2,1$ casos ao ano, e 16 casos no intervalo 2 (2015 a 2022), uma média de $2 \pm 1,7$ casos ao ano, o que indica uma redução de 59% no número de casos (Figura 1 e Tabela 1).

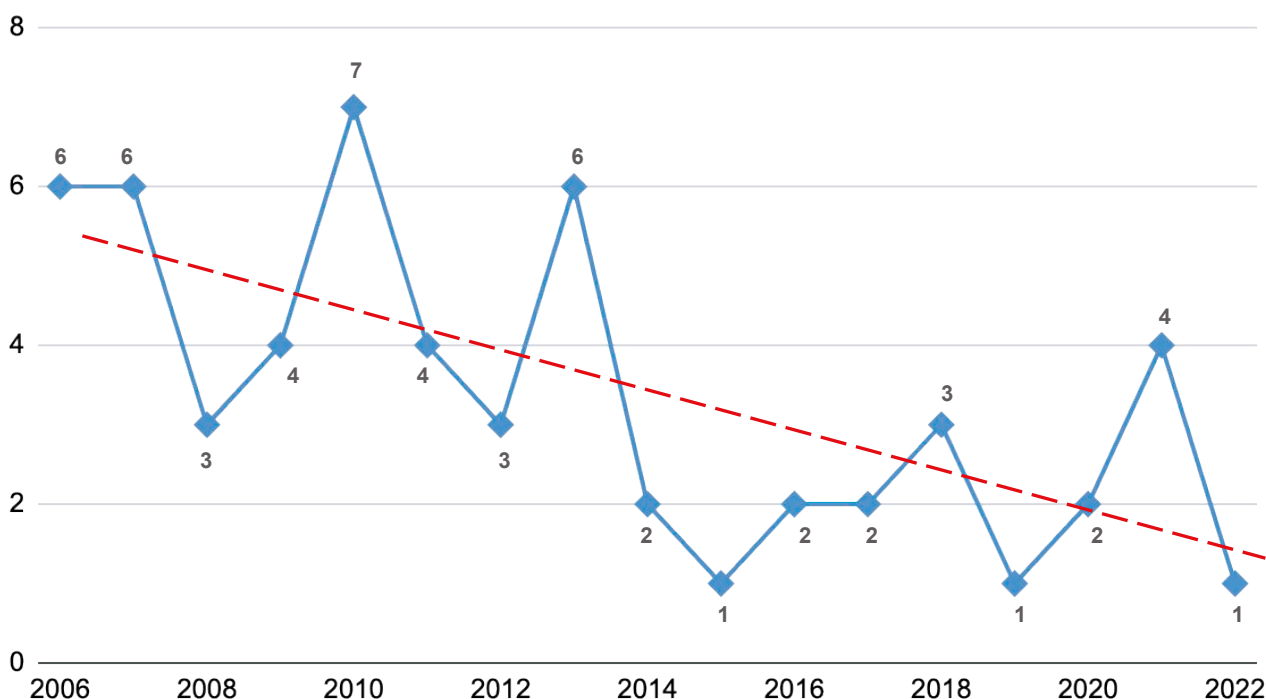


Figura 1. Números de casos de câncer no colo uterino em mulheres de 15 a 24 anos no estado de Pernambuco entre 2006 e 2022. N^o: Número de casos.

Quanto à faixa etária dos casos, em ambos os períodos, a maioria correspondia a mulheres de 20 a 24 anos de idade (Tabela 1). No intervalo 1, entre os casos de câncer no colo do útero registrados, 18 (46,2%) foram do tipo carcinoma epidermóide invasivo; 16 (41,0%), adenocarcinoma invasor; e 5 (12,8%), adenocarcinoma *in situ*. No intervalo 2, o equivalente a 10 casos (62,5%) foi do tipo carcinoma epidermóide invasivo; 4 (25,0%), do adenocarcinoma invasor; e 2 (12,5%), do adenocarcinoma *in situ* (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos casos de câncer no colo uterino em mulheres de 15 a 24 anos, por faixa etária e tipo histológico no estado de Pernambuco, no intervalo 1 (2006 a 2013) e no intervalo 2 (2015 a 2022)

Variáveis	Intervalo 1		Intervalo 2		Variação
	Nº	%	Nº	%	%
Faixa etária					
15–19 anos	12	30,8	2	12,5	83,3 ↓
20–24 anos	27	69,2	14	87,5	48,1 ↓
Tipo histológico					
Carcinoma epidermóide invasivo	18	46,2	10	62,5	44,4 ↓
Adenocarcinoma <i>in situ</i>	5	12,8	2	12,5	60,0 ↓
Adenocarcinoma invasor	16	41,0	4	25,0	75,0 ↓
Total	39	100,0	16	100,0	59,0 ↓

Quanto à variação dos casos de câncer no colo do útero, comparando-se os dois intervalos de tempo, constatou-se maior redução na faixa etária de 15 a 19 anos (83,3%), enquanto, na faixa de 20 a 24 anos, foi de 48,1%. No que se refere ao tipo histológico do câncer, a maior redução foi do adenocarcinoma invasor (75%), seguido do adenocarcinoma *in situ* (60%) e do carcinoma epidermóide invasivo (44,4%), como demonstrado na Tabela 1.

A quantidade e tipo de doses aplicadas da vacina contra o HPV apresentou redução ao longo dos anos estudados. Em 2014, ano em que se implementou a vacina, foram aplicadas, em Pernambuco, 361.167 doses: 237.885 da primeira dose, 123.228 da segunda e 54 da terceira. O ano seguinte permanece com a mesma lógica, porém, o ano de 2016 denota uma redução de quase 64% na quantidade de doses aplicadas em relação ao primeiro ano. Em 2017, observa-se um discreto aumento, contudo, o período de 2018 a 2019 apresenta declínio quase constante na quantidade de doses aplicadas ao ano (Figura 2).

A partir de 2020, essa redução tornou-se ainda mais evidente, diminuindo de pouco mais de 116 mil doses aplicadas em 2020 para cerca de 82 mil em 2022. Ademais, a quantidade de meninas que realizou a segunda e terceira doses também diminuiu (Figura 2).

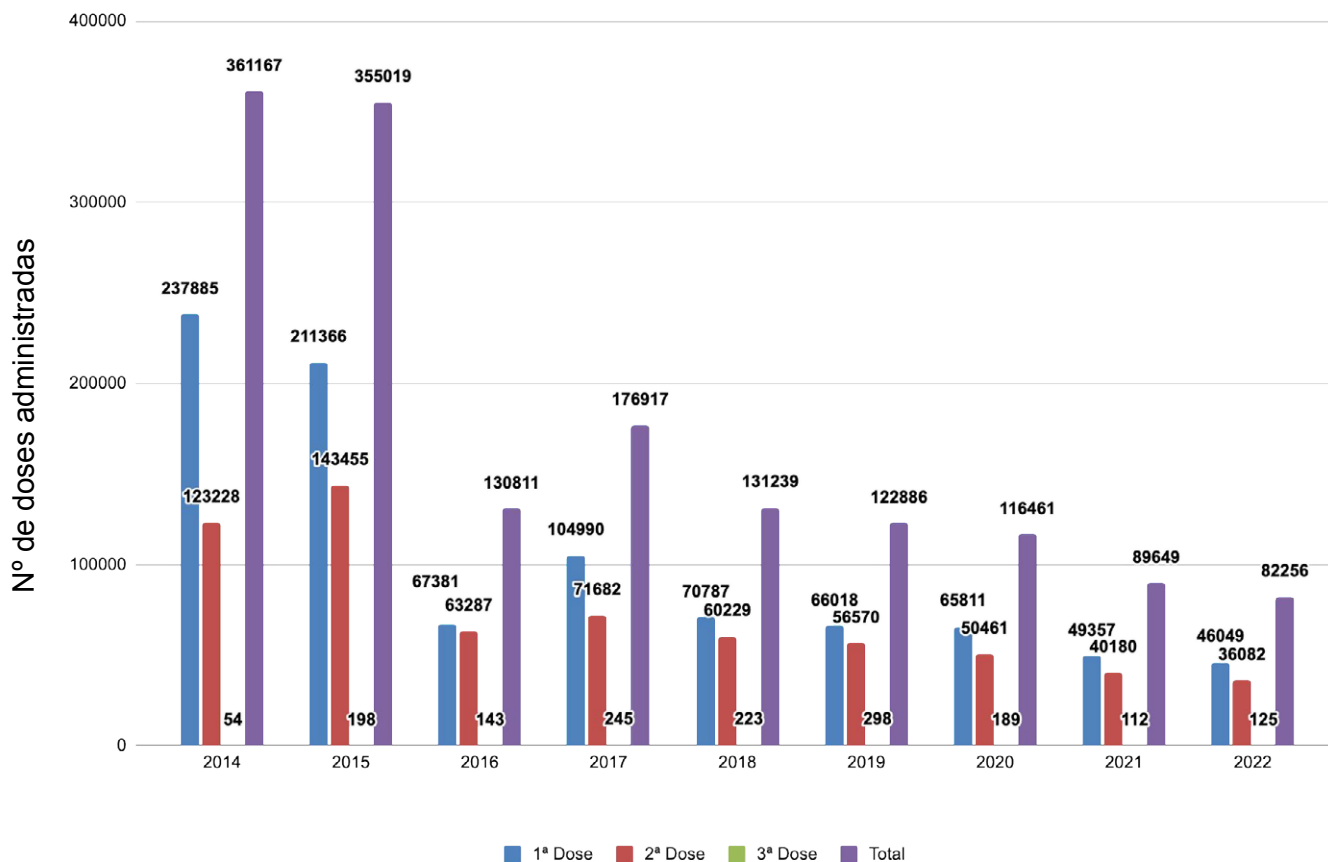


Figura 2. Quantidade de primeira, segunda e terceira doses do imunizante quadrivalente contra o papilomavírus humano aplicadas em meninas de 9 a 14 anos no estado de Pernambuco entre 2014 e 2022.

DISCUSSÃO

Em Pernambuco, observou-se redução nos casos de câncer no colo uterino em mulheres de 15 a 24 anos após a implementação da vacina contra o HPV, ratificando outros estudos que analisaram essa mesma problemática.¹⁸⁻²⁰ Isso se deve ao fato de que os imunizantes contra o HPV são altamente imunogênicos e têm a capacidade de proteger o indivíduo contra neoplasia intraepitelial cervical grau 2, ou de pior prognóstico (NIC2+), relacionada ao HPV 16/18 na maioria dos casos. Desta forma, esses imunizantes diminuem a prevalência e a persistência viral.^{21, 22}

Tal informação é consonante com estudos observacionais realizados no Reino Unido, na China e na Dinamarca, que comprovaram que a vacina contra o HPV fornece resultados de imunidade, mesmo que parciais.^{18,23,24}

Dentre a faixa etária de mulheres jovens estudada, verificou-se também que o grupo de 20 a 24 anos de idade foi o mais acometido pelo câncer cervical, possivelmente devido ao maior tempo de exposição ao patógeno e ao curso natural da doença, que ocorre de forma lenta e

progressiva.^{6,25} Contudo, a maior redução dos casos aconteceu na faixa etária de 15 a 19 anos. Tal fato se dá em virtude da proteção sustentada proporcionada pelo imunizante, principalmente em meninas mais jovens, tendo em vista que os níveis de anticorpos são mais altos nessa faixa etária. Ademais, o início do esquema vacinal antes do início da vida sexual confere uma maior eficácia à vacina, já que meninas dessa faixa etária ainda não foram expostas ao patógeno. É importante salientar que o imunizante confere proteção a todas as mulheres, inclusive àquelas com vida sexual ativa.²⁶⁻²⁸

Constatou-se que, dentre os tipos histológicos de câncer no colo do útero, o adenocarcinoma invasor apresentou maior diminuição de casos após a implementação da vacina contra o HPV. Todavia, não foram encontradas evidências científicas que relacionem a vacina com esse tipo histológico específico.

Observou-se redução no número de doses aplicadas da vacina contra o HPV, em especial a partir de 2016. Tal fato relaciona-se à mudança na forma de implementação do imunizante, uma vez que, inicialmente, a vacinação era realizada nas escolas devido à parceria entre o MS e o Ministério da Educação.²² Essa estratégia permitiu que, no primeiro ano da implementação, a cobertura vacinal da primeira dose ultrapassasse a meta estabelecida. De 2015 em diante, as campanhas de vacinação foram retiradas das escolas e ficaram restritas às Unidades Básicas de Saúde, o que resultou na diminuição do número absoluto de vacinas aplicadas, principalmente de segunda e terceira doses.^{9, 22}

Outrossim, destaca-se que a construção cultural da população brasileira é permeada pelo tabu de que a vacinação contra infecções sexualmente transmissíveis induz ao início precoce da atividade sexual. Esse fato resulta na não adesão de diversos grupos da sociedade a determinados imunizantes, o que diminui, portanto, algumas coberturas vacinais.^{9,29}

Percebeu-se maior diminuição na quantidade de doses da vacina aplicadas nos anos de 2020 a 2022. Tal conjuntura é consequência da redução de todas as coberturas vacinais nesse período, causadas, sobretudo, pela pandemia da covid-19. Esse insucesso se deve, principalmente, aos movimentos antivacinas que emergiram, propagando falsas informações e descredibilizando a eficácia dos imunizantes.^{10,30}

Diante das informações citadas, este estudo denota a importância da vacinação contra o HPV e sua associação com a diminuição dos casos de câncer no colo do útero em mulheres jovens no estado de Pernambuco. Embora, com os dados atuais, o imunizante já tenha se mostrado eficaz, é necessário maior tempo para avaliação dos efeitos da vacina na população geral, uma vez que, no Brasil, essa vacina só foi implementada em 2014.¹⁸

Salienta-se que a administração do esquema vacinal completo do HPV não substitui ações de promoção e prevenção em saúde, como o uso de preservativos, o exame citopatológico e as testagens sorológicas para outras infecções sexualmente transmissíveis.²³ Assim, o imunizante

contra o HPV e o rastreamento se complementam para dar mais proteção à mulher no que se refere ao desenvolvimento de neoplasias genitais, por prevenção primária, evitando a infecção pelo vírus, e por prevenção secundária, com o diagnóstico precoce de lesões cervicais.

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

LMCT e MCSR: concepção, delineamento dos dados e redação do artigo; SOP, JKBSO e JNT: análise e interpretação dos dados e redação do artigo; CMO e JLL: revisão crítica do artigo e a aprovação da versão a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA. Dados e Números sobre Câncer do Colo do Útero - Relatório Anual 2022 [Internet]. [acessado em 09 Out 2023]. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/dados_e_numeros_colo_22setembro2022.pdf.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA. Conceito e magnitude do câncer do colo do útero [Internet]. [acessado em 17 Mar 2023]. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controlado-cancer-do-colo-do-uterro/conceito-e-magnitude>.
3. Stolnicu S, Hoang L, Soslow RA. Recent advances in invasive adenocarcinoma of the cervix. *Virchows Archiv European Journal of Pathology*. 2019 Jun; 475(5):537-49. <https://doi.org/10.1007/s00428-019-02601-0>.
4. Almeida CM, Souza AN, Bezerra RS, Lima FL, Izabel TD. Principais fatores de risco associados ao desenvolvimento do câncer de colo do útero, com ênfase para o Papilomavírus humano (HPV): um estudo de revisão. *Research, Society and Development*. 2021 Jan; 10(1):e19810111634. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i1.11634>.
5. Abreu MNS, Soares AD, Ramos DAO, Soares FV, Nunes Filho G, Valadão AF, et al. Conhecimento e percepção sobre o HPV na população com mais de 18 anos da cidade de Ipatinga, MG, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2018 Mar; 23(3):849-60. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.00102016>.
6. Silva LG, Andrade GO, Leonhardt V, Bezerra MLR. A importância da prevenção do câncer do colo do útero: revisão integrativa. *Research, Society and Development*. 2021 Dez; 10(15):e533101523334. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i15.23334>.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: INCA, 2019.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Imunização e Doenças Imunopreveníveis. Nota Técnica N° 63/2023-CGICI/DPNI/SVSA/MS. Trata da inclusão de vítimas de violência sexual como grupo prioritário para vacinação contra o HPV, para pessoas de nove a 45 anos de idade, ainda não vacinados contra HPV [internet]. 2023 [acessado em 02 Out 2023]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2023/nota-tecnica-63-2023-cgici-dpni-sv-sa-ms.pdf>.
9. Costa BS, Guimarães C, Morais CR, Caixeta CR, Cunha EP, Caetano GM, et al. Uma revisão bibliográfica acerca da vacina contra o HPV e seus desafios / A bibliography review about the HPV vaccine and its challenges. *Brazilian Journal of Health Review*. 2022 Abr; 5(2):6392-404. <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n2-212>.
10. Cavalcante RL, Damasceno HC, Silva Júnior AF, Pinheiro MD. Impacto da pandemia por COVID-19 na imunização da vacina contra o Papilomavírus Humano entre crianças e adolescentes de 9 a 14 anos na região do Xingu - Pará. *Research, Society and Development*. 2021 Abr; 10(4):e36310413987. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i4.13987>.
11. Lopes RJ, Simão RD, Turkiewicz M, Plewka J. Análise da vacinação contra o HPV no Brasil frente as metas implementadas até 2030 pela Organização Mundial da Saúde. *Research, Society and Development*. 2023 Abr; 12(4):e20212440845. <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i4.40845>.
12. Oliveira IE, Coelho ME, Saud MH, Peixer CM, Rocha MD, Braga RG, et al. A eficácia das vacinas disponíveis contra o HPV: uma revisão de literatura. *Brazilian Journal of Development*. 2023 Jul; 9(7):22330-41. <https://doi.org/10.34117/bjdv9n7-080>.
13. Wang R, Pan W, Jin L, Huang W, Li Y, Wu D, et al. Human papillomavirus vaccine against cervical cancer: opportunity and challenge. *Cancer Letters*. 2020 Fev; 471:88-102. <https://doi.org/10.1016/j.canlet.2019.11.039>.
14. Santos CGJ, Dias GMJ. Vacinação pública contra o papilomavírus humano no Brasil. *Revista Médica de Minas Gerais*. 2018 Jun; 28:e-1982. <https://doi.org/10.5935/2238-3182.20180004>.
15. Zou Z, Fairley CK, Ong JJ, Hocking J, Canfell K, Ma X, et al. Domestic HPV vaccine price and economic returns for cervical cancer prevention in China: a cost-effectiveness analysis. *The Lancet Public Health*. 2020 Out; 8(10):e1335-e1344. [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(20\)30277-1](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(20)30277-1).
16. Joshi S, Anantharaman D, Muwonge R, Bhatla N, Panicker G, Butt J, et al. Evaluation of immune response to single dose of quadrivalent HPV vaccine at 10-year post-vaccination. *Vaccine*. 2023 Jan; 41(1):236-245. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2022.11.044>.
17. Simms KT, Hanley SJ, Smith MA, Keane A, Canfell K. Impact of HPV vaccine hesitancy on cervical cancer in Japan: a modelling study. *The Lancet Public Health*. 2020 Abr; 5(4):e223-e234. [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(20\)30010-4](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(20)30010-4).

18. Falcaro M, Castañon A, Ndlela B, Checchi M, Soldan K, Lopez-Bernal J, et al. The effects of the national HPV vaccination programme in England, UK, on cervical cancer and grade 3 cervical intraepithelial neoplasia incidence: a register-based observational study. *The Lancet Public Health*. 2021 Dez; 398(10316):2084-92. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02178-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02178-4).
19. Silva Filho PS, Morais TF, Cruz ES, Castro RM, Borges ER, Aleluia RG, et al. O uso da vacina contra o vírus HPV e suas principais relações com o câncer do colo do útero. *Research, Society and Development*. 2020 Set; 9(9):e729997574. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i9.7574>.
20. Kamolratanakul S, Pitisuttithum P. Human Papillomavirus Vaccine Efficacy and Effectiveness against Cancer. *Vaccines*. 2021 Nov; 9(12):1413–3. <https://doi.org/10.3390/vaccines9121413>.
21. Francelino AO, Da Silva JA, Araújo MD, Lyra MM, Brito VV, Fidelis AA, et al. A imunoterapia com uso da vacinação contra o HPV na prevenção do câncer de colo de útero: uma revisão sistemática / HPV vaccine immunotherapy for cervical cancer prevention: a systematic review. *Brazilian Journal of Development*. 2022 Mar; 8(3):17371-95. <https://doi.org/10.34117/bjdv8n3-124>.
22. Cardial MF, Roteli-Martins CM, Naud P, Fridman FZ. Papilomavírus humano (HPV). *Femina* [internet]. 2019 Fev; 47(2):94-100. [acessado em 02 Out 2023]; Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1046496/femina-2019-472-94-100.pdf>.
23. Lynge E, Thamsborg L, Larsen LG, Christensen J, Johansen T, Hariri J, et al. Prevalência de papilomavírus humano de alto risco após vacinação contra HPV na Dinamarca. *International Journal of Câncer*. 2020 Jun; 147:3446-3452. <https://doi.org/10.1002/ijc.33157>.
24. Wei L, Xie X, Liu J, Qiao Y, Zhao F, Wu T, et al. Elimination of Cervical Cancer: Challenges Promoting the HPV Vaccine in China. *Indian Journal of Gynecologic Oncology*. 2021 Jun; 19(3):51. <https://doi.org/10.1007/s40944-021-00536-6>.
25. Carvalho NS, Silva RJ C, Val IC, Bazzo ML, Silveira MF. Protocolo brasileiro para infecções sexualmente transmissíveis 2020: infecção pelo papilomavírus humano (HPV). *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2021 Mar; 30(spe1):1-10. <https://doi.org/10.1590/S1679-4974202100014.esp1>.
26. Schwarz TF, Huang LM, Valencia A, Panzer F, Chiu CH, Decreux A, et al. A ten-year study of immunogenicity and safety of the AS04-HPV-16/18 vaccine in adolescent girls aged 10-14 years. *Human Vaccines Immunotherapeutics*. 2019 Jul; 15(7-8):1970-79. <https://doi.org/10.1080/21645515.2019.1625644>.
27. Sankaranarayanan R, Joshi S, Muwonge R, Esmey PO, Basu P, Prabhu PR, et al. Can a single dose of human papillomavirus (HPV) vaccine prevent cervical cancer? Early findings from an Indian study. *Vaccine*. 2018 Ago; 36(32):4783–91. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2018.02.087>.

28. Costa BSR, Guimarães C, Morais CR, Caixeta CR, Cunha EP, Caetano GMG, et al. Uma revisão bibliográfica acerca da vacina contra o HPV e seus desafios / A bibliography review about the HPV vaccine and its challenges. *Brazilian Journal of Health Review*. 2022 Abr; 5(2):6392-404. <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n2-212>.
29. Oliveira MSF, Sorpreso ICE, Zuchelo LTS, Silva ATM, Gomes JM, Silva BKR, et al. Knowledge and acceptability of HPV vaccine among HPV-vaccinated and unvaccinated adolescents at Western Amazon. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 2020 Ago; 66(8):1062–9. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.66.8.1062>.
30. Ryan G, Gilbert PA, Ashida S, Charlton ME, Scherer A, Askelson NM. Challenges to adolescent HPV vaccination and implementation of evidence-based interventions to promote vaccine uptake during the COVID-19 pandemic: “HPV is probably not at the top of our list”. *Preventing Chronic Disease*. 2022 Mar; 19:E15. <https://doi.org/10.5888/pcd19.210378>.



Frequência dos sintomas em pacientes com suspeita de hiperprolactinemia internados em uma clínica psiquiátrica particular em Recife

Frequency of symptoms in patients with suspected hyperprolactinemia admitted to a private psychiatric clinic in Recife



Emilly Kelly Paiva Damasceno¹  Gabriel José Paiva Aldeman¹ 
Andréia Veras Gonçalves¹ 

¹ Faculdade de Medicina de Olinda. Olinda, Pernambuco, Brasil.

Resumo

Objetivo: Investigar os sintomas de pacientes com suspeita de hiperprolactinemia internados em uma clínica psiquiátrica privada em Recife.

Métodos: Trata-se de um estudo transversal e descritivo, com amostragem do tipo não probabilístico, realizado por meio de um questionário aplicado presencialmente em contato com os pacientes no período de janeiro a março de 2023, visando delinear o panorama da presença de hiperprolactinemia em pacientes que fazem uso de terapia antipsicótica no período de reabilitação clínica. Além disso, foram selecionados os prontuários de cada paciente para a coleta das medicações que estavam em uso. Foram utilizados os programas Excel 2010 e SPSS versão 22.0 para construção do questionário e tabulação dos dados coletados respectivamente.

Resultados: Foram avaliados 51 pacientes internados durante o período de avaliação, com idades que variavam de 16 a 87 anos (DP \pm 18,3). Em relação à sintomatologia comumente encontrada em pacientes com hiperprolactinemia, observaram-se queixas em 25,4% da população alvo, que relataram ginecomastia (53,8%), seguido de comprometimento da libido (38,5%) e galactorreia (7,7%). Dentre as medicações, o cloridrato de biperideno e hemifumarato de quetiapina foram as mais prevalentes entre os pacientes que apresentavam queixas de ginecomastia, enquanto o hemifumarato de quetiapina, hemitartrato de zolpidem e alprazolam

Como citar: Damasceno **EKP**, Aldeman **GJP**, Gonçalves **AV**. Frequência dos sintomas em pacientes com suspeita de hiperprolactinemia internados em uma clínica psiquiátrica particular em Recife. An Fac Med Olinda 2024; 1(11):68 doi: <https://doi.org/10.56102/afmo.2024.305>

Autor correspondente:

Emilly Kelly Paiva Damasceno.
E-mail: e-millykelly@hotmail.com

Fonte de financiamento:

Programa de Desenvolvimento Institucional de Iniciação Científica (PRODIIC), Faculdade de Medicina de Olinda.

Parecer CEP: CAAE nº 62091722.8.0000.8033

Recebido em: 20/06/2023

Aprovado em: 03/04/2024

foram as mais encontradas em uso pelo grupo que apresentou comprometimento da libido. **Conclusões:** Este estudo verificou a prevalência dos sintomas associados à hiperprolactinemia em pacientes que fazem uso de antipsicóticos internados em uma clínica psiquiátrica.

Palavras-chave: Fármacos antipsicóticos; Hiperprolactinemia; Macroprolactinemia; Pacientes psiquiátricos.

Abstract

Objective: To investigate the symptoms of patients with suspected hyperprolactinemia admitted to a private psychiatric clinic in Recife. **Methods:** This cross-sectional and descriptive study used non-probabilistic sampling and collected data from January to March 2023 using an in-person questionnaire. Participants undergoing clinical rehabilitation for antipsychotic therapy were assessed for the presence of hyperprolactinemia. We consulted medical records to collect data on the medications in use. Data was collected using Excel 2010 and SPSS version 22.0. **Results:** A total of 51 hospitalized patients aged between 16 and 87 years ($SD \pm 18.3$) were included. Approximately 25% of the participants reported symptomatology commonly associated with hyperprolactinemia, including gynecomastia (53.8%), impaired libido (38.5%), and galactorrhea (7.7%). The medications biperiden hydrochloride and quetiapine hemifumarate were the most prevalent among patients who had complaints of gynecomastia. In contrast, quetiapine hemifumarate, zolpidem hemitartrate, and alprazolam were most frequently used by those reporting impaired libido. **Conclusions:** This study verified the prevalence of symptoms associated with hyperprolactinemia in patients using antipsychotics admitted to a psychiatric clinic.

Keywords: Antipsychotropic drugs; Hyperprolactinemia; Macroprolactinemia; Psychiatric patients.

INTRODUÇÃO

Pacientes com ou sem sintomas de hiperprolactinemia (HPRL) podem ter altas concentrações séricas de prolactina (PRL), mas as taxas de prevalência e graus de gravidade de HPRL podem diferir dependendo da afinidade das drogas antipsicóticas para os receptores dopaminérgicos tipo 2, da penetração diferente através da barreira hematoencefálica e da modulação de monoaminas além da dopamina.¹

Dentre as etiologias da HPRL, o uso de fármacos que interferem nos mecanismos neuroendócrinos são os mais comumente associados ao estado hiperprolactinêmico, pois são inúmeros os tipos de medicamentos que podem causar esse descontrole hormonal. Em especial, os antipsicóticos são comumente associados à hiperprolactinemia, capazes de interferir no funcionamento do sistema reprodutivo, endócrino e metabólico dos indivíduos que fazem o seu uso.²

Sabe-se que a maior parte desses medicamentos é muito utilizada frequentemente por especialistas da área neuropsiquiátrica, como antidepressivos, antagonistas H₂, opioides, estro-

gênios e antipsicóticos, os quais são usados para tratamentos de esquizofrenia e do transtorno bipolar.^{3,4} Além disso, a dopamina é o principal fator inibitório relacionado à liberação da PRL, na medida em que atua na ligação dos receptores D2 e D4 nos lactotróficos hipofisários, levando a uma regulação negativa da expressão do gene PRL.⁵ Desse modo, uma vez que as drogas inibem a dopamina, haverá uma intensificação na liberação de PRL, de modo que cada droga possui um mecanismo próprio de inibição da dopamina. A heroína e morfina inibem a produção central de dopamina, enquanto a reserpina e a metildopa provocam depleção central dos estoques de dopamina. Já os inibidores da monoaminaoxidase, cocaína e anfetamina inibem a recaptção de dopamina.^{6,7}

A hipersecreção de PRL em pacientes psiquiátricos está frequentemente relacionada ao efeito antagonista ao receptor da dopamina dos antipsicóticos convencionais (clorpromazina, butaperazina, tetilperazina, prometazina, haloperidol, risperidona, pimozida e molindona) e à inibição da recaptção de dopamina provocado pelos antidepressivos (buspirona, fluoxetina, paroxetina, antridepressivos tricíclicos e sulpirida).⁸ Essas medicações fazem parte do tratamento medicamentoso de muitos pacientes com diagnósticos psiquiátricos, sendo normalmente encontradas concentrações elevadas de prolactina nesses pacientes.^{3,9,10}

Nesse sentido, a prolactina é um hormônio heterogêneo que pode ser encontrado em circulação de três formas principais, de acordo com o peso molecular. A principal forma circulante do tipo monomérica apresenta 23kDa de peso molecular (mPRL); no soro, há também isoformas maiores, como o dímero ligado covalentemente em torno de 45 a 60 kDa (“big PRL”); e tem-se a forma polimérica maior de 150-170 kDa (“big-big” PRL) também conhecida como macroprolactina (mPRL). Com isso, a dosagem desses componentes pode ser realizada pelo método simples e rápido de precipitação do polietilenoglicol, e a detecção anormal sugere uma atenção ainda maior para o manejo de HPRL induzida por drogas antipsicóticas, sendo a triagem de mPRL recomendada em pacientes assintomáticos ou com etiologia desconhecida.^{1,5}

Dentre as manifestações clínicas a curto prazo, destacam-se a disfunção sexual, infertilidade, amenorreia, ginecomastia e/ou galactorreia. Quanto às de longo prazo, evidenciam-se o risco de osteoporose, doenças cardiovasculares, aumento no ganho de peso e insensibilidade à leptina. Isso prejudica a saúde física dos pacientes submetidos à terapia psicotrópica, sobretudo quando esses sintomas não são mencionados espontaneamente nas consultas. Além disso, muitas vezes, os médicos subestimam sua prevalência, concentrando-se apenas nos prejuízos de curto prazo induzidos por HPRL, como amenorreia de comprometimento sexual, o que faz com que os resultados de longo prazo sejam frequentemente negligenciados.² Assim, este estudo objetiva investigar os sintomas de pacientes com suspeita de hiperprolactinemia internados em uma clínica psiquiátrica privada em Recife.

MÉTODOS

O presente estudo trata-se de uma análise transversal e descritiva dos dados epidemiológicos para delineamento do panorama da presença de hiperprolactinemia em pacientes que fazem uso de terapia antipsicótica durante o período de reabilitação. O método amostral utilizado foi o não probabilístico por conglomerado.

Inicialmente, foram selecionados os prontuários dos pacientes atendidos pela clínica no período de janeiro a março de 2023. Antes de prosseguir com a coleta de dados, todos os pacientes foram informados sobre o projeto e foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram definidos critérios de inclusão e exclusão para garantir a adequação dos participantes ao escopo da pesquisa. Foram incluídos pacientes internados com diagnóstico psiquiátrico, que estavam sob acompanhamento médico e utilizavam terapia antipsicótica. Os pacientes cujas informações clínicas não estavam disponíveis nos prontuários foram excluídos do estudo.

Posteriormente, os autores da pesquisa aplicaram pessoalmente um questionário, ainda não validado, desenvolvido por eles mesmos. Nesse questionário, foram registradas informações sobre sexo e idade dos pacientes, a fim de traçar um perfil demográfico da pesquisa. Além disso, foram coletados dados sobre o tipo de tratamento terapêutico antipsicótico em uso e os principais sintomas associados à hiperprolactinemia, tais como galactorreia, ameno/oligomenorreia, comprometimento da libido, ginecomastia e disfunção erétil.

O questionário foi cuidadosamente desenvolvido para abordar os aspectos relevantes da pesquisa e elaborado utilizando o programa Microsoft® Word para Microsoft 365 MSO (Versão 2211 Build 16.0.15831.20098, 32 bits).

Após a coleta inicial de dados, as informações foram inseridas e analisadas. Para esse processo, foram utilizados os programas SPSS versão 22.0 (IBM Inc., NY, USA) e o Excel 2010. Essas ferramentas foram empregadas para calcular e analisar as variáveis, a fim de extrair insights significativos dos dados coletados.

RESULTADOS

A pesquisa envolveu uma amostra de 51 pacientes que se encontravam internados e tiveram suas fichas analisadas. Observou-se o perfil clínico dos pacientes com idades variáveis de 16 a 87 anos ($DP \pm 18,3$). Destes, o sexo masculino foi o mais frequente na amostra, com 60,8%, enquanto 39,2% corresponderam ao sexo feminino.

Quanto à idade dos pacientes submetidos à pesquisa, a maioria dos participantes possuía faixa etária acima de 60 anos, representando 29,4% do total, seguido do grupo de 40 a 49 anos com 21,6% do total. Com base nesses dados, a população idosa tornou-se o grupo mais prevalente analisado (Tabela 1).

Tabela 1. Variável sociodemográfica dos participantes

Faixa etária	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Abaixo de 18	3	9,7	0	0,0	3	5,9
18 a 29	2	6,5	2	10,0	4	7,8
30 a 39	9	29,0	1	5,0	10	19,6
40 a 49	6	19,4	5	25,0	11	21,6
50 a 59	3	9,7	5	25,0	8	15,7
60 ou acima	8	25,8	7	35,0	15	29,4
Total	31	60,8	20	39,2	51	100,0

Do ponto de vista clínico sintomático, 13 participantes relataram sintomas de alterações hormonais; destes, 7,7% apresentaram queixa de galactorreia, 0% apresentou oligomenorreia ou amenorreia, 38,5% informaram comprometimento da libido, 53,8% dos pacientes apresentaram queixa de ginecomastia e 0% relatou queixas de disfunção erétil. Com isso, observa-se ginecomastia como a principal manifestação clínica relatada pelos pacientes do sexo masculino (Tabela 2).

Tabela 2. Variáveis das manifestações clínicas analisadas

Manifestações clínicas	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Galactorreia	1	10	0	-	1	7,7
Amenorreia/Oligomenorreia*	0	-	0	-	0	-
Comprometimento da libido	2	20	3	100	5	38,5
Ginecomastia	7	70	0	-	7	53,8
Disfunção erétil**	0	-	0	-	0	-
Total	10	77,00	3	23,0	13	100

* considerado apenas o grupo do sexo feminino nessa variável.

** considerado apenas o sexo masculino nessa variável.

No que diz respeito à terapia medicamentosa em uso pelos pacientes consultados na pesquisa, foram citados 14 tipos de medicações distintas, que se encontram distribuídas quanto ao uso pelos pacientes (Tabela 3).

Entre as medicações em uso pelos pacientes, o hemifumarato de quietapina é o de maior incidência (60,0%), seguido do cloridrato de biperideno (52,7%). Já o fenobarbital, diazepam e

clorpromazina são os menos utilizados.

Tabela 3. Medicamentos em uso pelos pacientes da população pesquisada

Medicações	Masculino	Feminino	Total	n%
Risperidona	14	5	19	34,5
Olazapina	9	5	14	25,5
Clorpromazina	1	-	1	1,8
Venlafaxina	1	3	4	7,3
Fenobarbital	-	1	1	1,8
Flurazepam	18	7	25	45,5
Diazepam	-	1	1	1,8
Cloridrato de Biperideno	23	6	29	52,7
Levomepromazina	11	4	15	27,3
Haloperidol	6	2	8	14,5
Hemitartarato de Zolpidem	19	9	28	50,9
Hemifumarato de Quetiapina	21	12	33	60,0
Alprazolam	8	1	9	16,4
Oxalato de Escitalopram	1	1	2	3,6

Dentre as medicações identificadas, o cloridrato de biperideno e o hemifumarato de quetiapina foram as mais prevalentes entre os pacientes que apresentavam queixas de ginecomastia. O hemifumarato de quetiapina, o hemitartarato de zolpidem e o alprazolam foram as medicações mais recorrentes entre o grupo que apresentou comprometimento da libido.

DISCUSSÃO

Os elevados níveis de HPRL em pacientes que fazem uso de psicotrópicos é um “custo” comumente encontrado nos tratamentos com antipsicóticos tradicionais. O médico deve atentar para essa terapia durante o manejo na prática clínica, seja ao reduzir a dose, descontinuar ou mudar o antipsicótico para outro com menor risco de HPRL.¹¹ No entanto, esse manejo deve ser feito de modo cauteloso, pois apresenta elevado risco de recaída do paciente em tratamento da doença psiquiátrica, sendo fundamental a participação conjunta de psiquiatras e endocrinologistas focando na melhor conduta para o paciente.⁵

O aumento da PRL está relacionado ao local de ação em que esses fármacos atuam no organismo, seja pelo antagonismo ao receptor da dopamina, inibição da recaptção de dopamina ou até mesmo pela sua depleção capaz de levar à hiperprolactinemia. Os antipsicóticos são

divididos em classe de primeira geração e de segunda geração, e sua indicação primária para tratar os transtornos psicóticos, especificamente, é a esquizofrenia.¹² Estudos^{13,14} confirmam que pacientes esquizofrênicos não tratados não apresentavam a PRL elevada, diferente do encontrado naqueles que estavam em tratamento, indicando que os altos níveis observados nesses pacientes não estão relacionados à da própria doença, mas sim aos efeitos desses medicamentos.¹⁴

Em seu estudo, Montgomery¹⁴ investigou a prevalência da hiperprolactinemia em pacientes com esquizofrenia, observando a presença de HPRL em 71% dos pacientes tratados com antipsicóticos de primeira geração (> 18,4 ng/ml para homens, > 26 ng/ml para mulheres, com um nível médio de PRL de 42,1 ng/ml). Em consonância a esse estudo, foi encontrada uma maior frequência de sintomas, sobretudo ginecomastia e comprometimento da libido, em pacientes que fazem uso de neurolépticos, estando tais queixas presentes em 92,3% dos pacientes participantes da pesquisa que relataram apresentar sintomas. Destacam-se as medicações mais associadas às queixas: a risperidona, que atua como um tipo de APGs, bem como o hemitartrato de quetiapina (antipsicótico da nova geração) e o hemifumarato de zolpidem (sedativo-hipnótico não benzodiazepínicos). Os sintomas supracitados são coerentes com estudos anteriores^{3,4}. A diminuição da libido, impotência, diminuição da produção de esperma, infertilidade, ginecomastia e galactorreia são as alterações clínicas a curto prazo que podem ser encontradas nos pacientes hiperprolactinêmicos.^{4,7} Além destas, sintomas a longo prazo também podem surgir, como o risco de diminuição da densidade mineral óssea.¹⁵

É fato que a HPRL se encontra associada ao uso de antipsicóticos, no entanto, a intensidade de elevação da PRL difere de acordo com cada classe, estando as elevações mais altas — cerca de duas a três vezes maiores que os valores de referência — associadas ao uso de antipsicóticos de primeira geração (APGs); os de segunda geração, como amisulprida, risperidona, e paliperidona em até 80–90% das mulheres, são considerados antipsicóticos com “potencial de aumento de PRL”.¹⁶ Nesse sentido, muitos médicos tiveram que aceitar a HPRL como um dos efeitos colaterais inevitável da terapia antipsicótica tradicional. Porém, isso vem mudando com o surgimento da nova geração de antipsicóticos poupadores de prolactina, como a clozapina, olanzapina, ziprasidona e aripiprazol, além de bloqueadores de dopamina mesolímbicos e mesocorticais mais seletivos, podendo ser capaz de evitar a HPRL induzida por antipsicóticos.¹⁷

Fisiologicamente, a prolactina atua no desenvolvimento das glândulas mamárias na gravidez e na produção de leite durante a lactação, entretanto, a hipersecreção de prolactina pela adenohipófise é capaz de causar distúrbios neuroendócrinos e metabólicos no indivíduo. A HPRL é capaz de causar uma disfunção ovular por meio da liberação insuficiente de progesterona do corpo lúteo. Isso leva a um encurtamento na fase lútea do ciclo ovariano, podendo ocasionar infertilidade e também oligomenorreia ou amenorreia, devido ao feedback anormal no eixo hipo-

tálamo-hipófise-ovariano pelo aumento da prolactina em valores de 50-100 ng/ml.^{18,19}

Pacientes tratados cronicamente com antipsicóticos que não foram monitorados regularmente apresentam um estado prolongado de hiperprolactinemia, que gera uma supressão crônica de GnRH, podendo levar a um quadro de hipoestrogenismo em mulheres e hipogonadismo em homens e, conseqüentemente, maior risco de osteoporose pela perda do controle na manutenção e remodelação óssea.^{15,20}

Discute-se também o hipogonadismo hipogonadotrófico presente em homens devido à hiperprolactinemia, que aparece em redução da libido, disfunção erétil, ginecomastia, prejuízo a espermatogênese e galactorreia como manifestações primárias. Alterações secundárias como anemia, diminuição de energia e massa muscular também podem ser encontradas nesses indivíduos.¹

Diante dessas situações, existe a possibilidade de descontinuar o antipsicótico indutor de HPRL, mas isso pode trazer altos riscos de recaída e piora da psicose. Deve-se, portanto, sempre avaliar antes da descontinuação o grau dos sintomas visando tomar uma decisão mais eficaz que gere menos estresse ao paciente.^{21,22}

CONCLUSÃO

A presença dos sintomas associados à HPRL é uma alteração hormonal comum em pacientes internados em uma clínica psiquiátrica secundária ao uso de antipsicóticos de primeira e segunda gerações, em especial, a risperidona, hemifumarato de quetiapina, hemitartrato de zolpidem e cloridrato de biperideno. Apesar de existirem pesquisas que concordem com a presença de sintomas endócrinos e sexuais associados a essa disfunção, a literatura ainda carece de estudos mais aprofundados para esclarecer a extensão das conseqüências a longo prazo em pacientes tratados com essa terapêutica farmacológica. Desta forma, faz-se necessária uma investigação cuidadosa nesses pacientes, a fim de detectar precocemente o estado hiperprolactinêmico e manejá-los de modo mais adequado, permitindo garantir a eles melhor qualidade de vida. Assim, conclui-se que é preciso um monitoramento atencioso desses pacientes, por parte dos profissionais médicos, acerca da relação entre o estado hiperprolactinêmico e o psiquismo.

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES:

EKPD: Concepção, análise de dados, elaboração do manuscrito, redação, discussão dos resultados, administração do projeto, recursos, validação, escrita do rascunho original, revisão e edição; **GJPA:** concepção, coleta de dados, análise de dados, metodologia, elaboração do

manuscrito, redação, recursos, revisão e edição; **GVA**: concepção, elaboração do manuscrito, análise de dados, discussão dos resultados, administração do projeto, revisão e edição.

REFERÊNCIAS

1. Samperi I, Lithgow K, Karavitaki N. Hyperprolactinaemia. *J Clin Med*. 2019; 13;8(12):2203. doi: <https://doi.org/10.3390/jcm8122203>.
2. Lu Z, Sun Y, Zhang Y, Chen Y, Guo L, Liao Y, Kang Z, et al. Pharmacological treatment strategies for antipsychotic-induced hyperprolactinemia: a systematic review and network meta-analysis. *Transl Psychiatry*. 2022 Jul 5; 12(1):267. doi: <https://doi.org/10.1038/s41398-022-02027-4>.
3. Brand BA, Haveman YRA, de Beer F, de Boer JN, Dazzan P, Sommer IEC. Antipsychotic medication for women with schizophrenia spectrum disorders. *Psychol Med*. 2022 Mar; 52(4):649-663. doi: <https://doi.org/10.1017/S0033291721004591>.
4. Ruljancic N, Bakliza A, Vuk Pisk S, Geres N, Matic K, Ivezic E, et al. Antipsychotics-induced hyperprolactinemia and screening for macroprolactin. *Biochem Med (Zagreb)*. 2020; 31(1): 1-8. doi: <https://doi.org/10.11613/BM.2021.010707>.
5. Rizzo LFL, Mana DL, Serra HA, Danilowicz K. Hyperprolactinemia associated with psychiatric disorders. *Medicina (B Aires)*. 2020; 80(6):670-680. PMID: 33254112.
6. Nahas EAP, Nahás-Neto J, Pontes A, Dias R, Fernandes CE. Estados hiperprolactinêmicos: inter-relações com o psiquismo. *Arch Clin Psychiatry (São Paulo)*. 2006; 33(2). doi: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832006000200006>.
7. Serri O, Chik CL, Ur E, Ezzat S. Diagnosis and management of hyperprolactinemia. *CMAJ*. 2003; 16;169(6): 575-81. PMID: 12975226; PMCID: PMC191295.
8. Vilar L, Vilar CF, Lyra R, Freitas MDC. Pitfalls in the Diagnostic Evaluation of Hyperprolactinemia. *Neuroendocrinology*. 2019; 109(1): 7-19. doi: <https://doi.org/10.1159/000499694>.
9. Llácer JMB, Hortelano AM, Albelda BR. Hyperprolactinemia in psychotic patients treated in monotherapy with long-acting injectable antipsychotics. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2019 Sep; 23(3):189-193. doi: <https://doi.org/10.1080/13651501.2019.1576905>.
10. Barata PC, Santos MJ, Melo JC, Maia T. Olanzapine-Induced Hyperprolactinemia: Two Case Reports. *Front Pharmacol*. 2019 Jul 29; 10:846. doi: <https://doi.org/10.3389/fphar.2019.00846>.
11. Ruscis MM, Alabbasi AY, Nelson LA. Guidance on the treatment of antipsychotic-induced hyperprolactinemia when switching the antipsychotic is not an option. *Am J Health Syst Pharm*. 2021 May 6; 78(10):862-871. doi: <https://doi.org/10.1093/ajhp/zxab065>.
12. Aringhieri S, Carli M, Kolachalam S, Verdesca V, Cini E, Rossi M, McCormick PJ, et al. Molecular targets of atypical antipsychotics: From mechanism of action to clinical differences. *Pharmacol Ther*. 2018 Dec; 192:20-41. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pharmthera.2018.06.012>.





13. Peuskens J, Pani L, Detraux J, De Hert M. The effects of novel and newly approved antipsychotics on serum prolactin levels: a comprehensive review. *CNS Drugs*. 2014; 28(5): 421-53. doi: <https://doi.org/10.1007/s40263-014-0157-3>.
14. Montgomery J, Winterbottom E, Jessani M, Kohegyi E, Fulmer J, Seamonds B, et al. Prevalência de hiperprolactinemia na esquizofrenia: associação com tratamento antipsicótico típico e atípico. *J Clin Psychiatry*. 2004; 65(11): 1491-8. doi: <https://doi.org/10.4088/jcp.v65n1108>.
15. di Filippo L, Doga M, Resmini E, Giustina A. Hyperprolactinemia and bone. *Pituitary*. 2020 Jun; 23(3):314-321. doi: <https://doi.org/10.1007/s11102-020-01041-3>.
16. Bushe C, Shaw M, Peveler RC. Uma revisão da associação entre o uso de antipsicóticos e hiperprolactinemia. *J Psychopharmacol*. 2008; 22 (2 suplementos): 46-55. doi: <https://doi.org/10.1177/0269881107088435>
17. Haddad PM, Wieck A. Hiperprolactinemia induzida por antipsicóticos: mecanismos, características clínicas e manejo. *Drogas*. 2004; 64(20):2291-314. doi: <https://doi.org/10.2165/00003495-200464200-00003>.
18. Edinoff AN, Silverblatt NS, Vervaeke HE, Horton CC, Girma E, Kaye AD, Kaye A, et al. Hyperprolactinemia, clinical considerations, and infertility in women on antipsychotic medications. *Psychopharmacol Bull*. 2021 Mar; 16;51(2):131-148. PMID: 34092827. PMCID: PMC8146565.
19. Yoshida K, Takeuchi H. Dose-dependent effects of antipsychotics on efficacy and adverse effects in schizophrenia. *Behav Brain Res*. 2021 Mar 26; 402:113098. doi: <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2020.113098>.
20. González-Rodríguez A, Labad J, Seeman MV. Antipsychotic-induced Hyperprolactinemia in aging populations: prevalence, implications, prevention and management. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2020 Jul 13; 101:109941. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.109941>.
21. Ruscis MM, Alabbasi AY, Nelson LA. Guidance on the treatment of antipsychotic-induced hyperprolactinemia when switching the antipsychotic is not an option. *Am J Health Syst Pharm*. 2021 May 6; 78(10):862-871. doi: <https://doi.org/10.1093/ajhp/zxab065>.
22. Pisk SV, Matić K, Gereš N, Ivezić E, Ruljančić N, Filipčić I. Hyperprolactinemia - side effect or part of the illness. *Psychiatr Danub*. 2019 Jun; 31(Suppl 2):148-152. PMID: 31158115.



Prevalência da Síndrome dos Ovários Policísticos em um ambulatório de ginecologia da cidade de Olinda, Pernambuco, no período entre 2018 e 2020



Prevalence of Polycystic Ovary Syndrome in a gynecology outpatient clinic in the city of Olinda, Pernambuco, from 2018 to 2020

Myllena Alves Rodrigues¹  Suellen Nunes de Oliveira¹ 
Amanda Fontes Rego¹  Lorena Magale Dantas¹ 

¹ Faculdade de Medicina de Olinda. Olinda, Pernambuco, Brasil.

Resumo

Objetivo: Analisar a prevalência da Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP) em mulheres assistidas no ambulatório de ginecologia da cidade de Olinda. **Métodos:** A pesquisa detém um caráter transversal e observacional, tendo como cenário os prontuários das pacientes com SOP. **Resultados:** A prevalência de SOP no ambulatório de ginecologia foi de 9,84%, sendo identificadas como forma de apresentação predominante as alterações menstruais (52%), seguidas de alterações ultrassonográficas (23%) e de hiperandrogenismo, das quais 13% foram relacionadas ao hirsutismo e 7%, à oleosidade da pele/presença de acne. **Conclusão:** Esse estudo verificou um quantitativo relevante de SOP no contexto estudado. As alterações menstruais, ultrassonográficas e relacionadas ao hiperandrogenismo foram as manifestações clínicas e radiológicas mais observadas nessa população.

Palavras-chave: Ginecologia; Oligomenorreia; Prevalência; Síndrome do Ovário Policístico.

Como citar: Rodrigues MA, Oliveira SN, Rego AF, Dantas LM. Prevalência da Síndrome dos Ovários Policísticos em um ambulatório de ginecologia da cidade de Olinda, Pernambuco, no período entre 2018 e 2020. An Fac Med Olinda 2024; 1(11):78 doi: <https://doi.org/10.56102/afmo.2024.306>

Autor correspondente:
Myllena Alves Rodrigues.
E-mail: myllenaalvesrodrigues.
mr@gmail.com

Fonte de financiamento:
Nada a declarar.

Parecer CEP: nº
5.746.372

Recebido em 20/06/2023
Aprovado em 08/04/2024

Abstract

Aim: To analyze the prevalence of Polycystic Ovary Syndrome (PCOS) in women treated at the gynecology outpatient clinic in the city of Olinda. **Methods:** This cross-sectional study used the medical records of patients with PCOS. **Results:** The prevalence of PCOS was 9.84%, with menstrual changes as the predominant form of presentation (52.0%), followed by ultrasound changes (23.0%), and hyperandrogenism-related symptoms (hirsutism [13.0%] and oily skin or presence of acne [7.0%]). **Conclusion:** This study verified a relevant number of PCOS in the studied context. Menstrual changes, ultrasound changes, and hyperandrogenism-related symptoms were the most frequently observed clinical and imaging manifestations in this population.

Keywords: Gynecology; Oligomenorrhea; Prevalence; Polycystic Ovary Syndrome.

INTRODUÇÃO

A Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP) é um distúrbio endócrino-metabólico complexo e multifatorial que envolve mulheres a partir do menarca. Foi retratada por Irving Freiler Stein e Michael Leventhal, ginecologistas americanos, na década de 1930, denominada como a Síndrome de Stein-Leventhal e com a nomenclatura atual a partir da década de 1960.¹ Anualmente, 2 milhões de novos casos de SOP são diagnosticados na população feminina brasileira.²

Nessa perspectiva, as manifestações clínicas, laboratoriais e ultrassonográficas da SOP foram caracterizadas no Consenso de Rotterdam em 2003, o mais difundido mundialmente. Nele, designa-se como diagnóstico a presença de dois dos três critérios analisados: oligomenorreia, hiperandrogenismo clínico e/ou laboratorial e morfologia ultrassonográfica de microcistos ovarianos. Além disso, devem-se excluir outras etiologias de hiperandrogenismo e anovulação, como: síndrome de Cushing, hiperprolactinemia, desordem da tireoide, neoplasias ovarianas ou da adrenal e utilização de produtos androgênicos.^{3,7,10}

As consequências reprodutivas, metabólicas e cardiovasculares podem ser analisadas a partir do conhecimento das diferentes características apresentadas em sua condição clínica. De acordo com os critérios de Rotterdam, formaram-se quatro fenótipos de SOP: fenótipo A: oligo-ovulação ou anovulação, hiperandrogenismo e ovários policísticos; fenótipo B: oligo-ovulação ou anovulação e hiperandrogenismo; fenótipo C: ovários policísticos e hiperandrogenismo; e fenótipo D: oligo-ovulação ou anovulação e ovários policísticos. Fenótipos A e B apresentam maiores repercussões reprodutivas e metabólicas em comparação com os demais; destes, o fenótipo D é o menos grave em relação ao risco cardiometabólico.^{3,5,8}

A SOP possui repercussões tanto clínicas quanto psicossociais. O hiperandrogenismo clínico pode refratar diretamente na condição psíquica e na qualidade de vida feminina. Ademais, essa doença pode trazer impactos negativos a longo prazo, como: síndrome metabólica, resistência insulínica, evoluindo para diabetes mellitus tipo II, e interferência na fertilidade da

mulher.^{4,6,9} Diante da precisão de realizar um levantamento inédito de dados com essa temática nesse ambulatório de ginecologia da cidade de Olinda e da limitação de fontes bibliográficas sobre a incidência da SOP no Brasil, mesmo com alta incidência dessa síndrome, percebeu-se a necessidade deste estudo. Portanto, esta pesquisa tem por objetivo analisar a prevalência da SOP em mulheres assistidas nesse ambulatório de ginecologia.

MÉTODOS

Tratou-se de um estudo quantitativo descritivo, no qual foram analisados os casos de SOP e suas respectivas particularidades no ambulatório de ginecologia da cidade de Olinda, Pernambuco, no período entre 2018 e 2020.

Adotaram-se como critério de inclusão a fim de formar a população para este estudo: mulheres entre 16 e 50 anos que estavam entre a menacme e a menopausa e que apresentaram o diagnóstico de SOP de acordo com os critérios de Rotterdam. Os critérios de exclusão foram: mulheres menores de 16 e maiores de 50 anos, além de pacientes que apresentaram condições clínicas (síndrome de Cushing, hiperprolactinemia, desordem da tireoide, neoplasias ovarianas ou da adrenal e utilização de produtos androgênicos, mioma e endometriose) que cursavam com oligo/amenorreia ou hiperandrogenismo.

As informações foram analisadas por meio dos registros médicos do local. Dessa forma, o método utilizado foi a coleta de dados dos prontuários das pacientes atendidas no ambulatório de ginecologia. A princípio, a organização e a exploração das informações foram efetuadas por meio do software Excel 2010, obedecendo a uma estratificação dos dados da amostra, as variáveis de estudo foram: faixa etária, antecedentes ginecológicos e obstétricos, manifestações clínicas associadas à doença e critérios de Rotterdam. Por conseguinte, a análise transcorreu por meio de equações matemáticas algébricas que possibilitaram a elaboração de gráficos e tabelas correlatando com a prevalência da SOP. Além disso, foi realizada análise estatística descritiva das idades das participantes da pesquisa por meio do software miniWebtool (<https://miniwebtool.com/>), ferramenta digital de operação de dados.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O presente estudo contou com a análise de 620 prontuários referentes ao ambulatório de ginecologia, no período entre 2018 e 2020. Dentre esses prontuários analisados, 9,84% deles apresentaram ocorrência de SOP, o que corresponde a 61 pacientes.

A faixa etária das participantes da pesquisa foi de 18 a 41 anos, e a média da idade entre elas foi de 27,2 anos, com desvio padrão de 5,48, quanto à análise estatística.

Tabela 1. Idade das participantes da pesquisa.

Idade (anos)	N	%
18–25	26	42,63
26–33	23	37,70
34–41	11	18,03
Não informada	1	1,64

Em comparação a uma pesquisa de Campos et al.¹¹, composta por 2.458 mulheres, divididas em um grupo com diagnóstico de SOP formado por 1.229 pacientes, com idades entre 15 e 45 anos, e um grupo controle, sem SOP, com a mesma quantidade, a média de idade concentrou-se em 28,05 anos. Em contrapartida, em uma outra abordagem efetivada por Anjos et al.¹, realizada com discentes matriculadas na Faculdade Santa Maria, verificou-se que a média de idade entre a população estudada foi de 21,6 anos. Dessa forma, um fator que pode ter influenciado na diferença de idade seria a composição do público-alvo de cada estudo.

Dentre a totalidade de indivíduos com SOP, 31,15% relataram ter filhos (n = 19), e a maioria, 40,98% (n = 25), afirmou não ter filhos. Além disso, 13,12% (n=8) referiram um ou mais abortos e 14,75 % (n = 9) não informaram a situação gestacional.

Tabela 2. Status gestacional entre as participantes da pesquisa.

Tem filhos	N	%
Sim	19	31,15
Não	25	40,98
Teve abortos	8	13,12
Não informado	9	14,75

Os critérios estabelecidos para a SOP devem corresponder a duas de três das seguintes características: hiperandrogenismo clínico e/ou laboratorial, disfunção ovulatória e imagem ultrassonográfica condizente com ovários policísticos.⁸

Nessa perspectiva, observou-se que, de acordo com os critérios de Rotterdam, 57,4% (n = 35) apresentaram 1 manifestação clínica, 31,1% (n = 19) apresentaram 2 sintomas da síndrome e 6,6% (n = 4) apresentaram os 3 critérios diagnósticos. Dentre as participantes da pesquisa, 4,9% (n = 3) chegaram ao ambulatório com o diagnóstico prévio, sem relato de manifestações ativas e fazendo uso de anticoncepcional.

Ressalta-se que a hipótese diagnóstica levantada na maioria das pacientes surgiu a partir de critérios clínicos, uma vez que se notou a ausência de critérios laboratoriais e/ou de imagem na primeira consulta. Soma-se a isso o fato de a dificuldade encontrada para o estabelecimento de dados estar relacionada a não adesão à continuidade das consultas, o que impacta direta-

mente nos resultados obtidos neste experimento observacional.

Tabela 3. Critérios de Rotterdam presentes nas pacientes.

Critérios de Rotterdam	N	%
Atende a 1 critério	35	57,4
Atende a 2 critérios	19	31,1
Atende a 3 critérios	4	6,6
Diagnóstico prévio, sem manifestações ativas	3	4,9

Dentre as manifestações clínicas e de imagem mais apresentadas na abordagem deste estudo, verificou-se que 52% (n = 47) apontaram alterações menstruais, 23% (n = 21) mostraram presença de ovários policísticos na imagem ultrassonográfica, 13% (n = 12) mencionaram hirsutismo como manifestação de hiperandrogenismo, 7% (n = 6) relataram pele oleosa e/ou acne como manifestação clínica de hiperandrogenismo e 5% (n = 4) referiram infertilidade.

Tabela 4. Manifestações clínicas e de imagem reportadas pelos pacientes com SOP.

Manifestação clínica	N	%
Alterações menstruais	47	52%
Hirsutismo	12	13%
Pele oleosa/acne	6	7%
Alterações ultrassonográficas	21	23%
Infertilidade	4	5%

Na análise concretizada por Anjos et al.¹, a prevalência de SOP foi de 24%. Dentre as manifestações clínicas mais recorrentes, a disfunção menstrual correspondeu a 91,6%, seguida do hiperandrogenismo clínico, no qual 75% relataram oleosidade na pele, 66,6% mostraram presença de acne e 33,3%, de hirsutismo. Em paralelo com os dados obtidos nesta pesquisa, houve congruência em relação à variante alteração menstrual, identificada em ambos como a manifestação clínica com maior incidência. Entretanto, com relação à segunda mais recorrente, obtiveram-se discordâncias, uma vez que, neste estudo, prevaleceu a alteração ultrassonográfica, enquanto, no estudo de Anjos et al.¹, predominou o aumento da oleosidade da pele. Na pesquisa de Campos et al.¹¹, houve similaridade na prevalência dos aspectos menstruais, visto que 55,7% apresentaram irregularidade menstrual.

CONCLUSÃO

Diante do contexto estudado, a prevalência de SOP foi de aproximadamente 10%. As alterações menstruais, ultrassonográficas e relacionadas ao hiperandrogenismo foram as manifestações clínicas e radiológicas mais observadas nessa população.

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar

AGRADECIMENTO

Ao Programa de Desenvolvimento Institucional e Iniciação Científica (PRODIIC) da Faculdade de Medicina de Olinda

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

MAR, SNO e AFR: Curadoria de dados, Análise formal, Metodologia, Supervisão, Redação – redação original, Redação – revisão e edição; **LMD:** Conceptualização, Curadoria de dados, Investigação, Metodologia, Administração do projeto, Recursos, Supervisão, Redação – redação original, Redação – revisão e edição.

REFERÊNCIAS

1. Anjos EG dos, Eduardo GN, Figueiredo KBCL, Brito SA, Lucena GTS. Prevalence of polycystic ovary syndrome in a higher education institution in the city of Cajazeiras - PB. RSD [Internet]. 2021Apr.24 [cited 2022May15];10(4):e58310414412. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/14412>. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i4.14412>.
2. Santos TM, Dourado KF, De Andrade MIS. Efeitos da suplementação de selênio nos parâmetros glicêmicos da síndrome do ovário policístico: revisão sistemática e metanálise. Rev. Cont. Saúde. [Internet]. 30 de junho de 2020 [citado 15 de maio de 2022];20(38):113-21. Disponível em <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/9734>. DOI: <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2020.38.113-121>.
3. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Protocolo Síndrome dos ovários policísticos. n27. São Paulo: FEBRASGO; 2021.
4. Cavalcante, IS, et al. Síndrome dos ovários policísticos: aspectos clínicos e impactos na saúde da mulher. Research, Society and Development: Health Sciences [Internet]. 2021 Feb 14 [cited 2022 May 1];10 DOI <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12398>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/12398>.
5. Passos EP, Martins-Costa, Sérgio H, Magalhães, José A, et al. Rotinas em Ginecologia. Artmed Editora; 2023.






6. Fernandes CE. Tratado de Ginecologia Febrasgo. 1ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2019.
7. Salazar Carranza, L. A., Ayala Esparza, V. A., Martínez Mora, S. F., & Cruz Villegas, J. A. (2022). Ovarios poliquísticos y síndrome de ovario poliquísticos. *RECIMUNDO*, 6(1), 117-124. [https://doi.org/10.26820/recimundo/6.\(1\).ene.2022.117-124](https://doi.org/10.26820/recimundo/6.(1).ene.2022.117-124)
8. Vilar, L. Endocrinologia clínica. 7ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021.
9. Alves MLS, Donne RDD, Romano RM, Romano MA. Polycystic ovary syndrome (PCOS), pathophysiology and treatment, a review. *RSD* [Internet]. 2022Jul.20 [cited 2023Nov.21];11(9):e25111932469. Available from: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/32469> . DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i9.32469>
10. Cremones L de SC, Siqueira EC de. Uma abordagem geral da Síndrome dos Ovários Policísticos: revisão de literatura. *REAS* [Internet]. 24set.2022 [citado 21nov.2023];15(9):e10908. Available from: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/10908>. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e10908.2022>.
11. Campos PC, Facioli F, Andrade YFA, Souza MLR de. Prevalência de sintomas associados à síndrome do ovário policístico: *RBONE* [Internet]. 3 de julho de 2022 [citado 16º de junho de 2023];15(94):390-02. Disponível em: <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/1714>



Análise dos fatores de riscos sanitários que interferem na saúde das marisqueiras em uma praia do litoral sul de Pernambuco



Analysis of the risk factors that interfere in the health of shellfish gatherers on a beach on the south coast of Pernambuco

Larissa Souza Penalva¹  Monic Alves de Lima¹ 
Morgana Vital de Araújo¹  Karoline Albuquerque Farias¹ 
Albert Eduardo Martins¹ 

¹ Faculdade de Medicina de Olinda. Olinda, Pernambuco, Brasil.

Resumo

Objetivo: Coletar e analisar dados sobre os fatores de riscos sanitários e seus agravos nas marisqueiras de uma praia do litoral sul de Pernambuco.

Métodos: Foi realizado um estudo descritivo transversal com dados de um questionário presencial aplicado em mulheres marisqueiras, entre outubro de 2022 e março de 2023, e analisados pelo programa Excel 2021. Foi realizada a análise de água qualitativa e quantitativa dos coliformes fecais, totais e *Escherichia coli* do rio Maracaípe e da rede de abastecimento local, ambos pelo método de Múltiplos Tubos.

Resultados: Foram avaliadas pescadoras artesanais quanto a sua condição de saúde, dentre as quais 60% referem sintomas como diarreia, náusea e vômito correlacionados a parasitose/bacteriose; destas, 44,44% realizam a higienização dos alimentos apenas com água. Na análise da água, revelou-se a presença do grupo coliformes no rio Maracaípe, inferindo que as amostras não atendem aos padrões estabelecidos pela legislação vigente conforme a portaria GM/MS N° 888 de 04 de maio de 2021, que define os padrões de potabilidade de água para consumo humano. **Conclusão:** O estudo verificou que as marisqueiras se encontram em condições precárias de saneamento básico, carência de serviços de assistência à saúde e há ainda risco de doenças de transmissão de veiculação hídrica visto que a água e os mariscos coletados são ingeridos pela população.

Palavras-chave: Doenças negligenciadas; Doenças parasitárias; Impacto ambiental; Risco sanitário.

Como citar: Penalva **LS**, Lima **MA**, Araújo **MV**, Farias **KA**, Martins **AE**. Análise dos fatores de riscos sanitários que interferem na saúde das marisqueiras em uma praia do litoral sul de Pernambuco. An Fac Med Olinda 2024; 1(11):85 doi: <https://doi.org/10.56102/afmo.2024.302>

Autor correspondente:

Larissa Souza Penalva
E-mail: larissapenalva@hotmail.com

Fonte de financiamento:

Nada a declarar.

Parecer CEP:

43998421.0.0000.8033 e
61821422.3.0000.8033.
Recebido em 19/06/2023
Aprovado em 13/11/2023

Abstract

Objective: To collect and analyze data on health risk factors and their problems in shellfish gatherers on a beach on the south coast of Pernambuco. **Methods:** This cross-sectional study was conducted with data from a face-to-face questionnaire applied to shellfish gatherers between October 2022 and March 2023. Data were analyzed using the Excel 2021 software. In addition, we performed a qualitative and quantitative analysis of fecal coliforms (totals and *Escherichia coli*) from the Maracaípe river and the local supply network, both using the multiple tube method. **Results:** The shellfish gatherers were evaluated regarding their health condition: 60.00% reported symptoms, such as diarrhea, nausea, and vomiting, which correlated with parasitosis or bacteriosis; of these, 44.44% cleaned food only with water. In the analysis of the water, the coliform group was present in the Maracaípe river, inferring that the samples did not meet the potability standards established by the Ordinance GM/MS No. 888 of May 4, 2021, which defines the standards of potability of water for human consumption. **Conclusion:** Shellfish gatherers are subjected to precarious conditions of basic sanitation and health services and are still at risk of waterborne diseases as they consume the water and shellfish collected.

Keywords: Neglected diseases; Parasitic diseases; Health risk; Environment.

INTRODUÇÃO

No Brasil, segundo dados do Ministério da Pesca e Agricultura, existem aproximadamente um milhão de pescadores artesanais registrados cujo trabalho resulta em 45% da produção anual de pescado. Dentre as regiões do país, o Nordeste é o maior produtor de pescado, correspondendo a 31,7% da produção nacional.¹ Nesse cenário, estudos têm registrado uma visível divisão sexual e social de trabalho na pesca artesanal: os homens praticam a pesca de alto-mar, enquanto as mulheres se ocupam de tarefas da terra, representando 50% do total dos trabalhadores com atividades de mariscagem atuando em todas as fases de manipulação do produto, desde a coleta (captura) até a comercialização.²

Dentro desse contexto, surgiram as mulheres pescadoras, que foram condicionadas, historicamente, a dominar a arte da culinária.³ Assim, a pesca artesanal passou a ter um papel social na vida dessas mulheres que, exercendo a função de marisqueiras, complementam a renda familiar e de subsistência. O rio Maracaípe, local onde elas desempenham essa atividade, é praticamente urbano, tornando-o propício ao surgimento de coliformes fecais ou termotolerantes em suas águas, especialmente em vista das péssimas condições sanitárias nessa área, que podem afetar diretamente a saúde das mulheres marisqueiras.⁴

No Brasil, a *Escherichia coli* está entre os principais agentes etiológicos identificados em surtos de doenças transmitidas por alimentos. A infecção por *Escherichia coli* é geralmente transmitida pelo consumo de água ou alimentos contaminados, como produtos com carne malcozida e leite cru. Assim, a presença desse microrganismo em alimentos indica contaminação fecal,

provavelmente devido à falta de higiene durante a sua manipulação e/ou uso de água contaminada.⁵ Além disso, há uma preocupação crescente em relação à prevalência de multirresistência de coliformes, como *Escherichia coli*, o que torna a terapia antibiótica falha em muitos casos.⁶

Outros microrganismos que podem ser transmitidos ao homem pela via fecal-oral são *Cryptosporidium* spp. e *Giardia* spp. Em 2016, na Europa, foram notificados 4.786 surtos de origem alimentar, incluindo de origem hídrica, dos quais 0,4% foi devido a parasitas, dentre eles, *Cryptosporidium*, *Giardia* e *Trichinella*.⁷ No entanto, esse número pode estar subestimado considerando o grande número de surtos onde o agente causador permanece desconhecido (36%). As águas utilizadas para lavar frutas e vegetais podem estar contaminadas, e más condições de higiene durante a transformação ou preparo de alimentos também podem ser canais para o contágio. Portanto, considerando a exposição das marisqueiras, é possível inferir que essas mulheres estão em risco sanitário constante e fazem parte de um grupo social menos favorecido, sendo vítimas de falta de assistência à saúde e invisibilidade social.⁸

As condições de saúde dessas populações evidenciam uma situação mais precária em comparação com as da população urbana, visto que há uma deficiência na área de saneamento ambiental, estando entre os fatores sociais determinantes da saúde mais importantes.⁹ Neste contexto, este estudo visa avaliar os indicadores de saúde das marisqueiras por meio da aplicação de questionários e realizar análise de coliformes totais, termotolerantes e *Escherichia coli* da água do rio Maracaípe e da fonte de abastecimento local.

MÉTODO

Esse estudo descritivo transversal utilizou dados de questionários aplicados presencialmente e coletados entre outubro de 2022 e março de 2023. Os questionários foram elaborados com base na discussão epidemiológica e de fatores de riscos relacionados ao contexto da população de marisqueiras, e o processo de obtenção da amostra foi probabilístico. Esse questionário foi constituído por questões sobre características socioeconômicas, sanitárias, condição de saúde e acesso aos serviços primários de saúde das marisqueiras de Maracaípe/Porto de Galinhas.

As participantes foram convidadas a participar do estudo de forma espontânea, após esclarecimento sobre o que versa a pesquisa. As marisqueiras que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram incluídas mulheres marisqueiras com idade maior de 18 anos.

Os dados foram calculados considerando as respostas válidas, segundo informações coletadas, as quais foram tabuladas, não havendo perda de informações e questionários aplicados. Os pesquisadores em campo aplicaram 44 questionários, e os resultados foram apresentados em forma de tabelas e gráficos com suas respectivas frequências absolutas. A análise dos dados obtidos foi organizada e realizada pelos programas Word 2020 e Excel 2021.

Foram coletadas 2 amostras de 500 mL de água, sendo a primeira do rio Maracaípe e a segunda da rede de abastecimento local. Essas amostras foram analisadas segundo a metodologia “Múltiplos Tubos”, que obedece à Portaria de Consolidação N° 5 do Ministério da Saúde de 03 de outubro de 2017.¹⁰

RESULTADOS

A pesquisa refere-se a mulheres que praticam a atividade laboral como pescadoras artesanais de marisco. Entre as participantes da pesquisa, a média de idade foi de 20–29 anos (42,2%), e a prevalência de cor foi a parda (53,3%). No que tange à escolaridade, o predomínio foi nível fundamental incompleto (35,56%) com renda salarial de até um salário mínimo em quase a totalidade das respostas fornecidas. Dentre as participantes, 40% eram genitoras de mais de quatro filhos, conforme a Tabela 1.

Constatou-se que um quinto das residências onde vivem essas marisqueiras não apresentavam privada com esgotamento sanitário e que mais da metade das participantes (51,11%) referiu andar descalça durante todo o dia. Ainda, 60% das marisqueiras já ouviram falar sobre boas práticas de higienização de alimentos, mas 44,44% referiam realizar a higienização dos alimentos apenas com água e 24,44% com água/sabão, conforme analisado na Tabela 1.

Tabela 1. Dados Sociodemográficos e condições sanitárias e de saúde das marisqueiras - Ipojuca, Pernambuco, Brasil, 2023.

IDADE	N	%Total
20–29	19	42,22%
30–39	12	26,67%
40–49	9	20,00%
50–59	5	11,11%
COR		%Total
Parda	24	53,33%
Preta	13	28,89%
Branca	6	13,33%
Amarela	2	4,44%
ESCOLARIDADE		%Total
Fund. incompleto	16	35,56%
Fund. completo	2	4,44%
Médio completo	14	31,11%
Médio incompleto	7	15,56%
Nunca estudou	6	13,33%
NÚMERO DE FILHOS		%Total
0	3	6,67%
1	6	13,33%
2	9	20,00%
3	9	20,00%

≥4	18	40,00%
RENDA		%Total
= 1 salário mínimo	44	97,77%
> 1 salário mínimo	1	2,20%
ESGOTAMENTO SANITÁRIO		%Total
Sim	36	80,00%
Não	9	20,00%
ANDA DESCALÇA		%Total
Sim	23	51,11%
Não	22	48,89%
ENTENDE SOBRE HIGIENIZAÇÃO DOS ALIMENTOS		%Total
Sim	27	60,00%
Não	18	40,00%
FORMA DE HIGIENIZAÇÃO DOS ALIMENTOS		%Total
Água	20	44,44%
Água e sabão	11	24,44%
Água sanitária	14	31,11%
CONTATO COM PARASITOSE/BACTERIOSE		%Total
Sim	30	66,67%
Não	15	33,33%
SINTOMAS DE PARASITOSE/BACTERIOSE		%Total
Diarreia, náusea e febre	27	60%
Não sabe	18	40%
ACESSIBILIDADE AO SERVIÇO DE SAÚDE		%Total
Bom	4	8,89%
Regular	9	20,00%
Insatisfatório	25	55,56%
Inexistente	7	
NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS		%Total
Todos os meses	16	35,56%
1–2 vezes ao ano	12	26,67%
Só em emergências	17	37,78

Destarte, grande parte das participantes afirmou conhecer meios de transmissão de parasitas/bacterioses. Quando questionadas sobre quais seriam esses meios, a maioria apontou o contato com água contaminada e alimentos; em quantidade menor, as participantes fizeram referência ao solo contaminado e contato com pessoas e objetos contaminados (Figura 1).

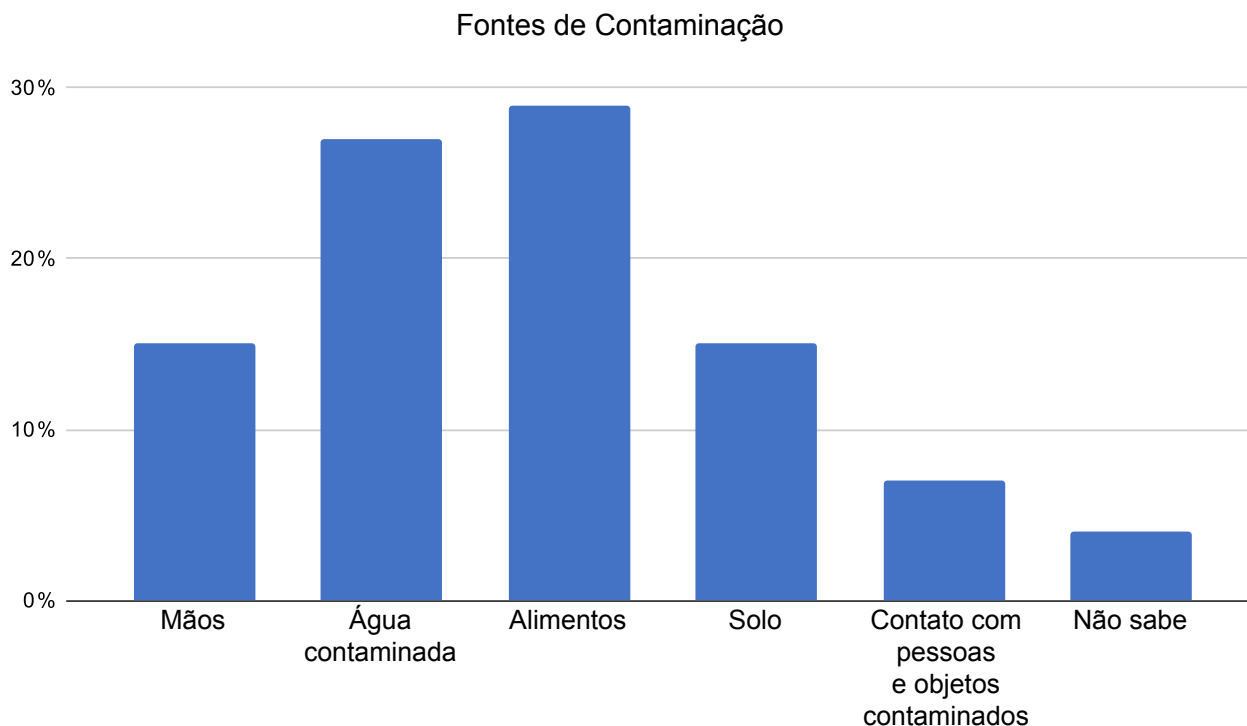


Figura 1. Respostas obtidas pela aplicação de questionários sobre o conhecimento das marisqueiras em relação à origem de contaminação. Ipojuca, Pernambuco, Brasil, 2023.

A parcela de 66,67% afirmou ter tido contato com alguma parasitose/bacteriose, mas a maioria não tinha esse diagnóstico feito por médico. Também é importante observar que a maioria das respondentes referiu um acesso insatisfatório ao sistema de saúde (55,56%). Outrossim, 60% das marisqueiras mencionaram sintomas como diarreia, náusea e vômito, sinais associados a parasitoses/bacterioses (Tabela 1). A pesquisa ainda apontou que as participantes, em sua maioria, frequentaram o ambiente médico apenas em emergências (37,78%), de acordo com a Tabela 1.

Por fim, um contingente de marisqueiras indicou ter tratado a possível parasitose/bacteriose com “dose única”, referindo-se ao “Albendazol”, ou, ainda, ter realizado o tratamento com chás, soro caseiro e “leite de mangaba” (57,68%), conforme analisado na Figura 2.

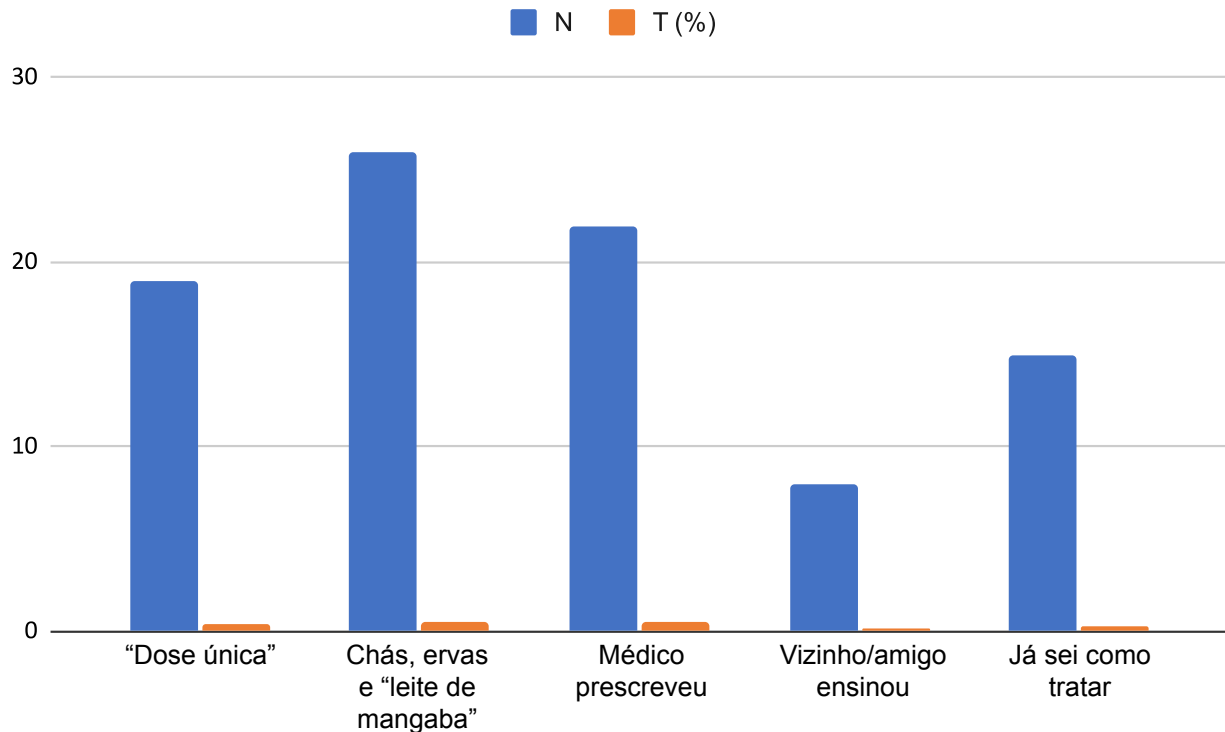


Figura 2. Respostas obtidas pela aplicação de questionários sobre o conhecimento das marisqueiras em relação ao tratamento de parasitoses/bacteriose. Ipojuca, Pernambuco, Brasil, 2023.

Levando em consideração todas as informações coletadas pelos questionários aplicados, no que tange ao contato com possíveis fontes de contaminação parasitária, procedeu-se com a análise da água. Nessa ocasião, todas as amostras da água do rio Maracaípe revelaram a presença do grupo coliforme (Tabela 2) por meio da análise qualitativa e quantitativa.

O resultado quantitativo da análise foi expresso em número mais provável (NMP) de microrganismos e, nessa ocasião, o teste estimou a densidade de microrganismos viáveis presentes na amostra analisada, revelando um resultado superior a 23NMP/100 mL. Desta maneira, as amostras não atendem aos padrões estabelecidos pela legislação vigente conforme a Portaria GM/MS N° 888/2021, que define os padrões de potabilidade de água para consumo humano.

Tabela 2. Análise das amostras de água coletadas no rio Maracaípe e na rede encanada. Ipojuca, Pernambuco, Brasil, 2023.

CONTEÚDO ANALISADO	RESULTADOS QUALITATIVOS	RESULTADOS QUANTITATIVOS
Coliformes totais (rio)	Presença em 100/mL	> 23NMP/100mL
Coliformes termotolerantes (rio)	Presença em 100/mL	> 23NMP/100mL
<i>Escherichia coli</i> (rio)	Presença em 100/mL	> 23NMP/100mL
Coliformes totais (rede encanada)	Ausência em 100/mL	<1,1NMP/100mL
Coliformes termotolerantes (rede encanada)	Ausência em 100/mL	<1,1NMP/100mL
<i>Escherichia coli</i> (rede encanada)	Ausência em 100/mL	<1,1NMP/100mL

NMP: número mais provável

As amostras de água de rede encanada atenderam aos padrões estabelecidos pela legislação vigente conforme a Portaria GM/MS N° 888/ 2021, ao revelarem a ausência do grupo coliforme na análise qualitativa e quantitativa (Tabela 2).

DISCUSSÃO

O presente estudo conduz à discussão sobre a análise de políticas públicas em Maracaípe, Pernambuco, especialmente no que diz respeito à melhoria do acesso das marisqueiras a uma política eficiente de atenção primária à saúde. A maioria das marisqueiras que responderam ao questionário aplicado eram jovens, entre 20 e 29 anos, com baixa renda salarial e baixo nível de escolaridade e iniciaram suas atividades pesqueiras na infância. Esses dados corroboram a literatura, a qual aponta a maior parte das marisqueiras tendo renda familiar abaixo de um salário mínimo, com jornada de trabalho de uma média de 40 horas/semanais sem nunca ter trabalhado com carteira assinada e tendo iniciado sua atividade como marisqueira ainda na infância.^{11,12}

Nas comunidades pesqueiras, comumente, cabe ao homem ser pescador ou náutico. As mulheres, historicamente, passaram a ser reconhecidas como marisqueiras, ainda que, na prática, essas mulheres exerçam também a arte da pesca. Assim, quanto ao sexo, as mulheres detêm o trabalho de extração de mariscos, preparo e venda. Além disso, os estudos evidenciam que as marisqueiras possuem uma tripla jornada de trabalho, executando, além das atividades de pesca, trabalho doméstico e atuando como cuidadoras de crianças, homens e pessoas mais velhas da sua relação familiar.^{13,14}

O presente estudo evidenciou que as marisqueiras de Maracaípe têm vivido em condições sanitárias precárias, sem esgotamento sanitário, com lixo a céu aberto e com pouca instrução sobre medidas de higiene, que são de grande relevância para prevenção de doenças. Os dados

obtidos neste trabalho condizem com outras evidências da literatura que mostram a precarização das condições de trabalho, como sobrecarga física e condições precárias de assistência à saúde envolvendo as populações que atuam nos locais de pesca, os quais se encontram inóspitos e poluídos.¹⁵

As cargas de trabalho presentes no processo laboral das marisqueiras estão relacionadas à realização de tarefas envolvendo sobrecarga de peso, longas jornadas, a necessidade de ficar em posturas nocivas e movimentos com esforços repetitivos. É importante considerar ainda que as pescadoras trabalham muitas vezes em contato com águas contaminadas por poluição industrial, agrotóxicos e outros agentes. Por isso, compreender esse trabalho no processo saúde-doença e as condicionantes sociais que envolvem a vida dessas trabalhadoras permite o conhecimento das situações de vulnerabilidade e precária de trabalho que essas marisqueiras vivem.^{15,16}

A água para consumo humano é a que se destina à ingestão, preparação e produção de alimentos e à higiene pessoal, independentemente da sua origem. Dessa forma, ela deve atender aos padrões de potabilidade, evitando, assim, riscos à saúde. Dentre os parâmetros para avaliar potabilidade, a legislação estabelece avaliar a presença de coliformes totais e termotolerantes, de preferência *Escherichia coli*, e a contagem de bactérias heterotróficas.¹⁷

A análise realizada neste estudo constatou que a água consumida pela população de marisqueiras proveniente do rio Maracaípe apresentou índices elevados de contaminação do ponto de vista microbiológico, com presença de coliformes totais, fecais e *Escherichia coli*. No entanto, a água distribuída pela Companhia Pernambucana de Saneamento apresentou-se dentro dos padrões de potabilidade exigidos de acordo com a Portaria GM/MS Nº 888/2021.^{10,18}

A ingestão de água não tratada ou contaminada pode provocar várias doenças. Isso se deve à presença de microrganismos patogênicos. Segundo a Organização Mundial de Saúde, muitas dessas enfermidades causam diarreia aguda, que provoca desidratação. As doenças diarreicas ocupam a nona posição de causas de morte no mundo e são a segunda maior causa de morte em crianças menores de 5 anos, resultando em 361 mil óbitos por ano de crianças dessa faixa etária. Oitenta por cento das diarreias agudas são consequência da ingestão de água imprópria para o consumo.¹⁹

Esse consumo de água imprópria afeta diretamente a vida da população e, normalmente, ocorre em locais onde o sistema de saneamento básico é precário ou ausente e as práticas de higiene são escassas.²⁰ Embora a análise da Companhia Pernambucana de Saneamento tenha sido encontrada dentro dos parâmetros, é fato que o rio Maracaípe, além de ser utilizado para consumo humano, também é o local de trabalho das marisqueiras, logo, a sua contaminação pode afetar diretamente a saúde delas. Prontamente, devem ser dadas orientações para métodos alternativos de tratamento de água domiciliar, como a cloração e filtração, com a limpeza periódica do reservatório associada à adição de 2 gotas de hipoclorito de sódio por litro, na con-

centração de 2,5% e, somente após 30 minutos da ação do produto, a água poderá ser ingerida. Essa simples medida é eficaz na redução de bactérias totais, coliformes totais e coliformes termotolerantes, no entanto, falta assistência no que diz respeito à orientação da população acerca desses riscos, como foi identificado quando as participantes deste estudo foram questionadas sobre a assistência da saúde local.¹⁷

Além disso, com frequência, parasitas, protozoários e bactérias são isolados de peixes, camarões, moluscos bivalves, caranguejos. Esses animais fazem parte da dieta humana, assim como das marisqueiras citadas no estudo, que utilizam a pesca para venda e consumo, e podem ser patogênicos para o ser humano.²⁰ Moratal et al.²¹ identificou a presença de protozoários parasitas *Cryptosporidium* spp., *Giardia duodenalis* e *Toxoplasma gondii* em ambientes aquáticos contaminando mariscos, o que apresenta um novo risco potencial de infecções por protozoários transmitidos por consumo de animais marinhos. Esses parasitas podem causar diarreia, perda de peso, má absorção alimentar e afetar órgãos como fígado, coração, intestino e cérebro. Essas consequências na saúde trazem prejuízos socioeconômicos para a população.

Pena e Gomez²² afirmam que, do ponto de vista epidemiológico, quando se trata de marisqueiras, existe uma deficiência de registros adequados e uma subnotificação dos agravos relacionados ao trabalho da pesca artesanal, tendo como consequência a inviabilidade quanto à realização de ações voltadas para essas mulheres.

Os resultados desse estudo mostram que essas mulheres, que dependem da pesca do marisco, estão diante de políticas públicas de saúde insuficientes para a cobertura efetiva desse território. Portanto, eles servem de subsídio para a discussão sobre a cobertura da atenção básica em Maracaípe e para gestores e pesquisadores. A abrangência total da saúde para essa população só é possível com financiamentos governamentais que possibilitem oferecer acesso à saúde de forma integral e eficiente, ampliando o número de equipes na atenção básica local e realizando as atividades inerentes ao Sistema de Saúde.

CONCLUSÃO

Assim, o estudo permite inferir que as marisqueiras de Maracaípe estão em condições precárias de saneamento básico e com carência de serviços de assistência à saúde baseados nas necessidades da comunidade, incluindo ações de promoção, prevenção e tratamento de doenças parasitárias.

Além disso, evidenciou-se a contaminação com coliformes fecais, totais e *Escherichia coli* provenientes do rio Maracaípe. Tal resultado está em desacordo com os padrões microbiológicos estabelecidos pela legislação brasileira para o consumo humano, o que pode levar à transmissão de doenças de veiculação hídrica e à contaminação dos mariscos para consumo, podendo contribuir diretamente para a morbidade dessa população.

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar

AGRADECIMENTO

Ao Programa de Desenvolvimento Institucional e Iniciação Científica (PRODIIC) da Faculdade de Medicina de Olinda

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

LSP: Conceituação, Curadoria de dados, Análise Formal, Investigação, Metodologia, Administração do Projeto, Recursos, Validação, Escrita – rascunho original. **MAL e MVA:** Conceituação, Curadoria de dados, Investigação, Metodologia, Recursos, Validação, Escrita – revisão e edição. **KAF:** Curadoria de dados, Análise Formal, Metodologia, Recursos, Escrita – revisão e edição. **AEM:** Conceituação, Curadoria de dados, Escrita – rascunho original, Administração do Projeto, Recursos, Supervisão, Escrita – revisão e edição. Todos os autores aprovaram a versão final encaminhada.

REFERÊNCIAS

1. Ministério Da Integração e do Desenvolvimento Regional (Br). Pescadores artesanais: conheça o trabalho desses profissionais que vivem da pesca e mantêm uma relação de carinho com a natureza. [Internet]. [Brasília]: Governo Federal (BR); 2022 [cited 2022 Jul 27]. Available from: <https://www.gov.br/dnocs/pt-br/assuntos/noticias/pescadores-artesanais-conheca-o-trabalho-desses-profissionais-que-vivem-da-pesca-e-mantem-uma-relacao-de-carinho-com-a-natureza>
2. Jesus RS, Prost C. Importância da atividade artesanal de mariscagem para as populações nos municípios de Madre de Deus e Saubara, Bahia. *Revista GEOUSP - Espaço e Tempo*. 2011;15(3):123-37. doi: <https://doi.org/10.11606/issn.2179-0892.geousp.2011.74236>.
3. Ferreira J, Wayne L. A cozinha das mulheres: de espaço de domesticação ao de empoderamento a partir de saberes e fazeres culinários. *Revista espacialidades*. 2018;13(1):1-25.
4. Gondim GREJ. Análise exploratória dos diferentes impactos antropogênicos nos estuários de Pernambuco. Dissertação [Mestrado em Biometria e Estatística Aplicada]. Recife: Universidade Federal Rural de Pernambuco, Recife, 2015. 108p.
5. Silva JN, Baliza MD, Freitas F, Cruz ES, Camilo VMA, Silva IMM. Genotypical characterization of thermotolerant coliforms isolated from food produced by a Solidarity Economic Venture of Bahia (Brazil). *Braz J Biol*. 2021; 81(1):189-194. doi: <https://doi.org/10.1590/1519-6984.226833>.
6. Mishra M, Arukha AP, Patel AK, Behera N, Mohanta TK, Yadav D. Multi-Drug Resistant Coliform: Water Sanitary Standards and Health Hazards. *Front Pharmacol*. 2018; 9(311):1-8.

doi: <https://doi.org/10.3389/fphar.2018.00311>.

7. Rousseau A, La Carbona S, Dumètre A, Robertson LJ, Gargala G, Escotte-Binet S, et al. Assessing viability and infectivity of foodborne and waterborne stages (cysts/oocysts) of *Giardia duodenalis*, *Cryptosporidium* spp., and *Toxoplasma gondii*: a review of methods. *Parasite*. 2018;25:14. doi: <https://doi.org/10.1051/parasite/2018009>.
8. Fundação Oswaldo Cruz (BR). Saúde das populações vulneráveis [Internet]. [Mato Grosso do Sul]: Fiocruz; [2023?] [cited 2023 Jul 27]. Available from: <https://www.matogrossodosul.fiocruz.br/areas-tematicas/saude-das-populacoes-vulneraveis>
9. Ministério da Saúde (Br). Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. [Internet]. [Brasília]: Ministério da Saúde (BR); 2013. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf.
10. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria MS/GM 2914/2011. Portaria de consolidação N° 5, de 28 de setembro de 2017: Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. 856 p. [cited 2017 Sep 28]. Available from: http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Legislacoes/Portaria_Consolidacao_5_28_SETEMBRO_2017.pdf.
11. Lopes IBS, Bezerra MG, Silva LRC, Andrade NSM, Carneiro FF, Pessoa VM. Saúde das trabalhadoras da pesca artesanal: cenários desconhecidos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Rev. bras. saúde ocup.* 2021;46:1-8. doi: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000028719>.
12. Silva LRC, Pessoa VM, Carneiro FF, Andrade NSM, Meireles AJA. Derramamento de petróleo no litoral brasileiro: (in)visibilidade de saberes e descaso com a vida de marisqueiras. *Ciênc. Saúde Colet.* 2021;26(12):6027-36. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212612.15172021>.
13. Gago, V. A potência feminista, ou o desejo de transformar tudo. Editora Elefante; 2020.
14. Sacramento EC. Da diáspora negra ao território das águas: ancestralidade e protagonismo de mulheres na comunidade pesqueira e quilombola. [Monografia]. Conceição de Salinas-BA: Universidade de Brasília; 2019. 187 f.
15. Nascimento, AMS. A relação trabalho-saúde das marisqueiras na atividade da pesca artesanal: revisão integrativa da literatura. [Monografia]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2022. 75 f.
16. Ministério da Saúde (Brasil), Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (DSAST). Nota informativa N° 5/2018-DSAST/SVS/MS de 30 de janeiro de 2018. Informa sobre as principais demandas de vigilância em saúde de trabalhadoras e trabalhadores da pesca artesanal e recomenda ações. Brasília: Ministério da Saúde; 2018. 4 p.
17. Gomes, MF. Análise microbiológica de água de torneiras residenciais no município de Serra Talhada-PE. [Monografia]. Serra Talhada: Universidade Federal Rural de Pernambuco; 2019. 49 f.








18. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS). OPAS/OMS participa de debates sobre água e saúde em fórum mundial. [cited 2018 mar 20]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/20-3-2018-opasoms-participa-debates-sobre-agua-e-saude-em-forum-mundial>.
19. Morais MS, Moreira DAS, Santos JTLA, Oliveira AP, Salgado RL. Avaliação microbiológica de fontes de água de escolas públicas e privadas da cidade de Santa Rita (PB). Eng. sanit. ambient. 2018;23(3):431-35. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-41522018159099>.
20. Santiago JAS, Araújo PFR, Santiago AP, Carvalho FCT, Vieira RHFS. Bactérias patogênicas relacionadas à ingestão de pescados- revisão. Arquivos de Ciência do Mar. 2013;46(2):92-103.
21. Moratal S, Dea-Ayuela MA, Cardells J, Marco-Hirs NM, Puigcercós S, Lizana V, et al. Potential Risk of Three Zoonotic Protozoa (*Cryptosporidium* spp., *Giardia duodenalis*, and *Toxoplasma gondii*) Transmission from Fish Consumption. Foods. 2020; 9(12):1-19. doi: <https://doi.org/10.3390/foods9121913>.
22. Pena PGL, Gomez CM. Saúde dos pescadores artesanais e desafios para a Vigilância em Saúde do Trabalhador. Ciênc. Saúde Colet. 2014;19(12):4689-98. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320141912.13162014>.



Úlcera vulvar, nem sempre uma Infecção Sexualmente Transmissível: relato de um caso de hidradenoma papilífero vulvar

Vulvar lesion is not always a Sexually Transmitted Infection: report of a case of vulvar hidradenoma papilliferum



Fernando Augusto Pacífico¹  Luciana Maria Queiroz de Oliveira Borges¹ 
Ismael Felipe Gonçalves Galvão¹  Joanna Pimentel de Vasconcelos¹ 
Ana Cláudia Pimentel de Vasconcelos²  Angelina Farias Maia³ 
Petrus Augusto Dornelas Câmara¹ 

¹ Faculdade de Medicina de Olinda. Olinda, Pernambuco, Brasil.

² Hospital da Polícia Militar de Pernambuco. Recife, Pernambuco, Brasil.

³ Hospital das Clínicas. Universidade Federal de Pernambuco. Recife, Pernambuco, Brasil.

Resumo

O hidradenoma papilífero vulvar é uma neoplasia cutânea benigna e rara das glândulas sudoríparas apócrinas que comumente surge na região anogenital de mulheres em idade reprodutiva, entre 25 e 40 anos. Seu diagnóstico clínico pode ser difícil, sendo às vezes confundido com cistos da glândula de *Bartholin*, angioqueratomas de *Fordyce*, endometriose vulvar, dentre outras lesões vulvares malignas. O presente estudo relatou o quadro clínico, diagnóstico e tratamento de um caso de hidradenoma papilífero vulvar em paciente de 47 anos do sexo feminino. Nesse quadro, notou-se a importância dessa lesão como diagnóstico diferencial nas úlceras genitais crônicas.

Palavras-chave: Doenças da vulva; Infecções Sexualmente Transmissíveis; Úlcera.

Como citar: Pacífico **AP**, Borges **LMQO**, Galvão **IFG**, Vasconcelos **JP**, Vasconcelos **ACP**, Maia **AF**, et al. Úlcera vulvar, nem sempre uma infecção sexualmente transmissível: relato de um caso de hidradenoma papilífero vulvar. An Fac Med Olinda 2024; 1(11):98 doi: <https://doi.org/10.56102/afmo.2024.314>

Autor correspondente:

Fernando Augusto Pacífico.

E-mail: fapacifico@outlook.com

Fonte de financiamento:

Nada a declarar

Parecer CEP: nº

6.036.993

Recebido em: 08/04/2023

Aprovado em: 03/05/2024

Abstract

Vulvar hidradenoma papilliferum is a benign and rare cutaneous cancer of the apocrine sweat glands that commonly appears in the anogenital region of women of reproductive age between 25 and 40 years old. Its diagnosis may be difficult, sometimes being confused with Bartholin's gland cysts, Fordyce's angiokeratomas, and vulvar endometriosis, among other malignant vulvar lesions. Thus, the present study aimed to report the clinical picture, diagnosis, and treatment of a case of vulvar HP, highlighting the importance of differential diagnosis in vulvar lesions.

Keywords: Vulva diseases; Sexually Transmitted Infections; Ulcer

INTRODUÇÃO

Diversas enfermidades podem ocasionar úlceras vulvares, incluindo as clássicas infecções sexualmente transmissíveis, como sífilis primária, linfogranuloma venéreo, donovanose e cancro mole, bem como o herpes simples genital. Outras enfermidades eventualmente transmitidas por via sexual são leishmaniose tegumentar americana e tuberculose cutânea. Erosões traumáticas e neoplasias também devem ser consideradas como diagnósticos diferenciais¹⁻³.

O hidradenoma papilífero (HP) vulvar é uma neoplasia cutânea benigna e rara das glândulas sudoríparas apócrinas que comumente surge na região anogenital de mulheres em idade reprodutiva, entre 25 e 40 anos^{4,5}. Ocorre predominantemente na raça branca^{6,7}. Frequentemente, está localizado nos grandes lábios da vulva, seguido dos menores lábios^{4,5,8,9}. Do ponto de vista histopatológico, caracteriza-se pela presença de cavidade cística com papilas revestidas por epitélio secretor apócrino^{4,8}.

Clinicamente, apresenta-se como uma lesão única e de crescimento lento, nodular, firme e bem definida e de cor semelhante à da pele ao redor. Na maioria dos casos, pode ser assintomático, embora tenha sido associado a prurido, dor, sangramento ou ulceração⁵⁻⁸. Além disso, devido à presença de receptores de estrogênio e progesterona nas células tumorais, os sintomas podem ser exacerbados durante a menstruação^{4,6}.

Seu diagnóstico clínico pode ser difícil, por vezes sendo confundido com cistos da glândula de *Bartholin*, angioqueratomas de *Fordyce*, endometriose vulvar, dentre outras lesões vulvares malignas^{4,9}.

Nessa perspectiva, o presente estudo visa relatar o quadro clínico, diagnóstico e tratamento de um caso de hidradenoma papilífero vulvar, haja vista a raridade dessa lesão, ressaltando a importância do diagnóstico diferencial nas úlceras vulvares.

RELATO DE CASO

Paciente, 47 anos, sexo feminino, referiu que, há aproximadamente 3 meses, ao realizar fisioterapia pélvica, foi descoberta uma lesão ulcerada vulvar assintomática. Na época, procurou um ginecologista, que suspeitou de lesão sífilítica. Esse diagnóstico a deixou constrangida, por ser uma lesão considerada sexualmente transmissível, e alterou seu psiquismo, gerando uma dificuldade em seu relacionamento conjugal. Apesar das sorologias negativas, o ginecologista orientou a realização de uma pesquisa em campo escuro, necessitando colher material por raspagem. Isso lhe causou grande incômodo, mesmo assim, foi insistido a repetição dos exames.

Diante do quadro estabelecido, a paciente procurou uma amiga colposcopista, que realizou uma vulvoscopia e sugeriu a exérese da lesão, conduta também adotada pelo dermatologista que participou do caso. No entanto, o ginecologista foi de opinião contrária, a favor de uma biópsia incisiva em seu consultório associada a curetagem em virtude de sangramento uterino anormal. A colposcopista a encaminhou ao Setor de Colposcopia e Trato Genital Inferior do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Pernambuco, onde, novamente, a paciente foi indicada pela coordenadora do setor à exérese da lesão.

A paciente possui hábitos saudáveis, como a prática de ciclismo e natação, refere ter hipercolesterolemia e teve COVID-19. Ela negou dispareunia e sinusiorragia e apontou libido diminuída há dois anos. Declarou ainda ter feito uso de anticoncepcional oral hormonal durante aproximadamente 5 anos, menarca aos 12 anos, ciclos 5 a 6 por 30 dias. Também negou dismenorreia, tabagismo, etilismo e referiu veganismo. Como antecedentes familiares, a paciente relatou tia com câncer de mama, avô com câncer de reto, pai com leucemia, diabetes tipo 2 e cardiopata e bisavó com câncer de mama.

Ao exame físico, vulva eutrófica, fechada e pilificação ginecoide; presença de úlcera única medindo 2,5 cm de diâmetro, de fundo limpo, bordos regulares sem vascularização atípica, localizada na face interna do grande lábio e sulco interlabial direito. Foi realizada a exérese da lesão mediante excisão elíptica com margem de segurança para garantir margens livres (Figura 1), de modo a respeitar o aspecto estético. Para isso, foram feitas infiltração com anestésico local, hemostasia rigorosa e sutura com fios de pequeno calibre. A revisão foi realizada sete dias após o procedimento, e a lesão mostrou um excelente estado de cicatrização.

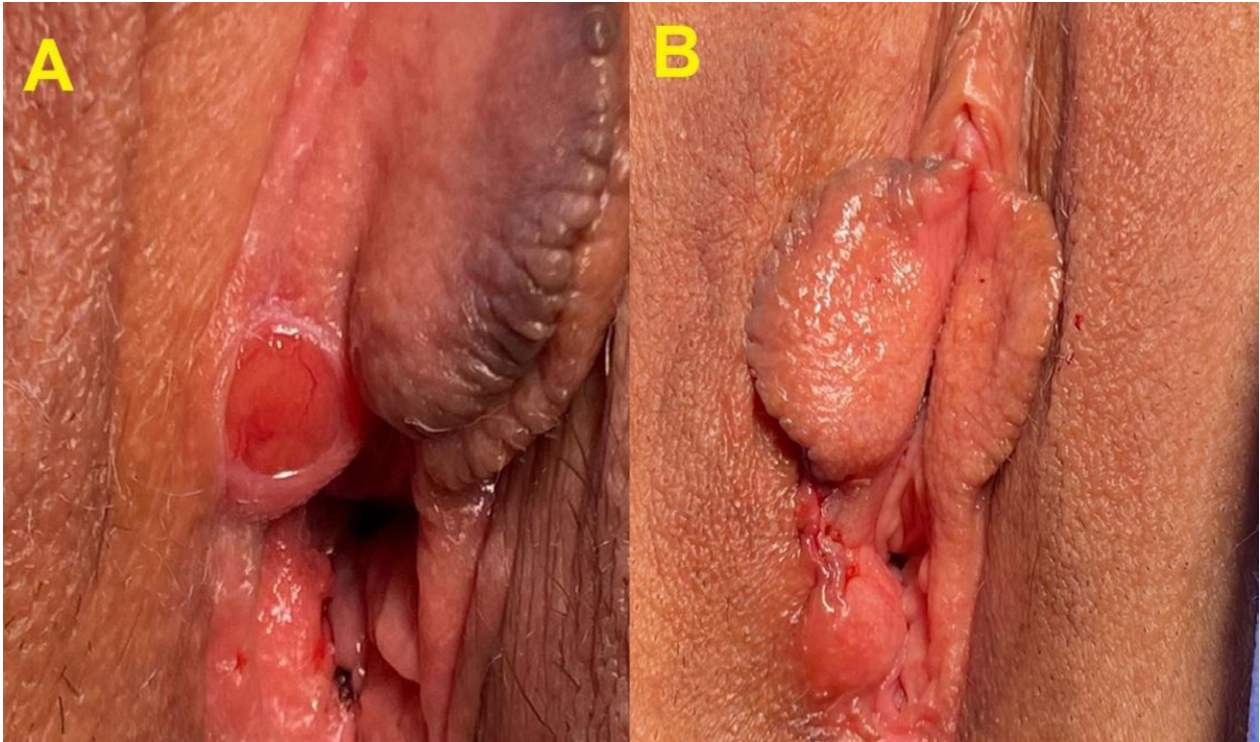


Figura 1. Hidradenoma papilífero vulvar. **A:** Aparência pré-cirúrgica da vulva: presença de úlcera única medindo 2,5 cm de diâmetro, de fundo limpo, bordos regulares sem vascularização atípica, localizada na face interna do grande lábio e sulco interlabial direito. **B:** Aparência pós-cirúrgica da vulva: após exérese da lesão mediante excisão elíptica com margem de segurança para garantir margens livres.

O material foi enviado para estudo histopatológico e descrito macroscopicamente como fragmento tecidual irregular, medindo 2,5 x 1,2 x 1,0 cm, de consistência elástica e coloração pardacenta. Superfície de corte compacta, de mesma coloração. À microscopia, a lesão cutânea de configuração nodular era constituída às custas da proliferação de túbulos alongados, ramificantes, recobertos por células colunares típicas, com atividade secretória apócrina. O diagnóstico anatomopatológico foi de hidradenoma papilífero vulvar (Figura 2).

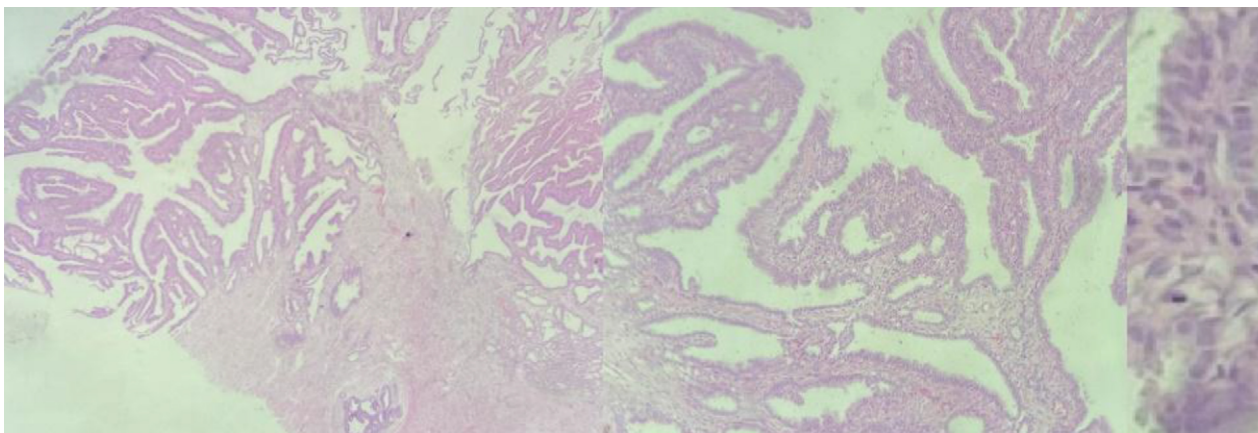


Figura 2. Hidradenoma papilífero vulvar. **A:** Na imagem de menor aumento, observamos a presença de uma neoplasia com hiperplasia adenomatosa, onde há presença de glândulas exibindo projeções papilares. **B:** Em um aumento maior, vemos que, além das papilas com eixo fibroconjuntivo vascular de sustentação, existem áreas glandulares, algumas destas de aspecto cístico. **C:** Por último, em um aumento ainda maior, vemos que os revestimentos das papilas e glândulas são formados por duas camadas de células (revestimento em dupla camada), a mais interna composta por células secretoras colunares altas, de citoplasma eosinofílico, com núcleos pequenos e redondos, de diferenciação apócrina, e uma camada mais superficial de células mioepiteliais pavimentosas. Ambas as células não apresentam atipias, figuras de mitose, caracterizando uma neoplasia benigna.

DISCUSSÃO

O presente relato de úlcera vulvar crônica incluiria, como diagnóstico mais frequente, a sífilis primária e o cancro mole, acompanhado da donovanose, exigindo investigação diagnóstica detalhada, incluindo possíveis associações com o HIV. Essa investigação pode ser realizada por meio de testes sorológicos para sífilis e HIV, bem como biópsia da lesão¹. Em nosso caso, a suspeita inicial foi de sífilis, sendo solicitados testes sorológicos, que apresentaram resultados negativos. Apesar disso, a paciente foi orientada a realizar uma pesquisa em campo escuro, que necessitou de coleta de material por raspagem e nova testagem. Destaca-se que neoplasias vulvares também devem ser consideradas como diagnósticos diferenciais das úlceras na região vulvar.

Um estudo histopatológico na região vulvar identificou um grupo de glândulas que se assemelham ao tecido mamário chamadas glândulas mamárias anogenitais (GMA). Embora apresentem semelhanças com as glândulas écrinas e apócrinas, as GMA se diferenciam dessas pelo tipo de epitélio e por terem receptores para estrogênio e progesterona. A expressão de receptores para esses hormônios explica o porquê da existência de relatos de hidradenoma papiliforme apenas após o início da puberdade e a maior propensão entre o sexo feminino. Várias lesões na

região genital são consideradas derivadas das GMA, incluindo o hidradenoma papilífero vulvar⁴⁻⁶.

O hidradenoma papilífero vulvar é uma neoplasia cutânea benigna que se origina nas glândulas sudoríparas apócrinas e geralmente afeta mulheres em idade fértil, como visto no caso abordado. Embora possa não causar sintomas clínicos, não é incomum estar associado a prurido, ardor, dor ou sangramento⁴⁻⁶.

O processo de diagnóstico diferencial inclui a avaliação de condições como adenoma tubular apócrino, bartolinite, siringocistadenoma papilífero, granuloma piogênico, cisto mucoso vestibular, endometriose vulvar, angioqueratoma de Fordyce, hidrocistoma apócrino e fibroadenoma⁴⁻⁶.

O diagnóstico definitivo de lesões vulvares é sempre por meio de análise anatomopatológica. Por isso, qualquer lesão desconhecida na vulva deve ser submetida a uma biópsia, como conduzido em nosso relato. Para garantir a obtenção de uma amostra adequada, a biópsia vulvar deve atingir o tecido subcutâneo profundamente; para isso, é utilizado o *punch* dermatológico Keyes. A biópsia pode ser incisional ou excisional, dependendo da necessidade de remover toda a lesão⁴⁻⁶.

A melhor forma de tratar o hidradenoma papilífero vulvar é com uma excisão local completa do tumor, que geralmente é curativa. Em nosso relato, optou-se pela exérese da lesão mediante excisão elíptica com margem de segurança. Se não houver remoção total, há risco de recidiva. O prognóstico é ótimo e a evolução das pacientes é boa, mas é importante levar em conta a possibilidade de malignidade. É aconselhável acompanhamento após a cirurgia e verificação de infecções relacionadas ao hidradenoma papilífero vulvar em mulheres com vida sexual ativa⁴⁻⁶.

Por fim, notou-se a importância de ter o hidradenoma papilífero vulvar como diagnóstico diferencial nas úlceras genitais crônicas, por requerer investigação diagnóstica adequada para se estabelecer o tratamento correto, obter a cura e evitar o desconforto psicológico desnecessário à paciente.

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

FAP: elaboração da pesquisa, elaboração do cronograma, levantamento da literatura, coleta e análise dos dados, redação do artigo, correção da redação do artigo, aprovação da versão final, submissão e trâmites do artigo; **LMQOB:** análise histopatológica, redação do artigo, correção da redação do artigo e aprovação da versão final; **IFGG:** pesquisador colaborador, redação do artigo, correção da redação do artigo e aprovação da versão final; **JPV:** redação do artigo, correção da redação do artigo e aprovação da versão final; **ACPV:** redação do artigo,

correção da redação do artigo e aprovação da versão final; **AFM**: correção da redação do artigo e aprovação da versão final; **PADC**: correção da redação do artigo e aprovação da versão final.

REFERÊNCIAS

1. Roett MA. Genital ulcers: differential diagnosis and management. *Am Fam Physician*. 2020 Mar 15;101(6):355-361. PMID: 32163252.
2. Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, Johnston CM, Muzny CA, Park I, Reno H, Zenilman JM, Bolan GA. Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021. *MMWR Recomm Rep*. 2021 Jul 23;70(4):1-187. <http://doi.org/10.15585/mmwr.rr7004a1>. PMID: 34292926. PMCID: PMC8344968.
3. Ahmed J, Rawre J, Dhawan N, Dudani P, Khanna N, Dhawan B. Genital ulcer disease: A review. *J Family Med Prim Care*. 2022 Aug;11(8):4255-4262. http://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_2111_21. PMID: 36352984; PMCID: PMC9638565.
4. Villatoro AR, et al. Hidroadenoma papilífero de vulva, a propósito de una serie de casos. *Progresos de obstetricia y ginecología: revista oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia*. 2022, 65(5): 187-190.
5. Ávila DM, et al. Hidradenoma papilífero vulvar. *Anales Médicos de la Asociación Médica del Centro Médico ABC*, 2015, 60(2): 125-128.
6. Romero ASJ, Torres E, Espinosa JDE. Hidradenoma papilífero de la vulva: reporte de caso. *Dermatología Cosmética, Médica y Quirúrgica*. 2021, 19(2): 138-141.
7. Delgadillo AA et al. Hidradenoma papilífero vulvar. Presentación de un caso y revisión de la bibliografía. *Dermatología Cosmética, Médica y Quirúrgica*. 2021, 19(2): 160-163.
8. Vázquez-Velo JA, Terán ARL, Vega-Memije ME. Hidradenoma papilífero. Reporte de dos casos y revisión de la bibliografía. *Ginecología y Obstetricia de México*. 2013, 81(7).
9. Saunders NA, Welch KC, Haefner HK, Rasmussen C, Margesson L. Vulvar ulcers: an algorithm to assist with diagnosis and treatment. *J Low Genit Tract Dis*. 2023 Oct 30. <http://doi.org/10.1097/LGT.0000000000000776>. PMID: 37906578.



Ações educativas para prevenção e controle da tuberculose: um relato de experiência



Educational actions for prevention and control of tuberculosis: an experience report

Flávia Souza Rosa Brandão¹  Cynthia Galvão Inácio¹ 

Eduarda Lima de Amorim Gomes¹  Francisco Gustavo Carneiro Medeiros¹ 

Suellen Pâmala Salgueiro de Aquino¹ 

¹ Faculdade de Medicina de Olinda. Olinda, Pernambuco, Brasil.

Resumo

A tuberculose é uma doença infecciosa transmitida pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis*, que acomete principalmente os pulmões. O estudo relata a experiência de estudantes de medicina na elaboração e execução de ações para prevenção e controle da tuberculose em parceria com o Programa Saúde na Escola. Essa vivência possibilitou aos estudantes a compreensão dos problemas ocasionados pelo aumento dos casos de tuberculose na comunidade, sendo imprescindível a realização de ações de educação em saúde com medidas de prevenção e controle dessa patologia. Dessa forma, os estudantes perceberam a importância da articulação entre equipes de saúde e escolas do território de abrangência das Unidades Básicas de Saúde, a fim de fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades sociais.

Palavras-chaves: Atenção Primária à Saúde; Educação em saúde; Promoção da saúde; Tuberculose.

Como citar: Brandão **FSR**, Inácio **CG**, Gomes **ELA**, Medeiros **FGC**, Aquino **SPS**. Ações educativas para prevenção e controle da tuberculose: um relato de experiência. An Fac Med Olinda 2024; 1(11):105 doi: <https://doi.org/10.56102/afmo.2024.332>

Autor correspondente:

Flávia Souza Rosa Brandão.

E-mail: fsrbrandao@hotmail.com

Fonte de financiamento:

não se aplica

Parecer CEP: não se aplica

Recebido em: 22/11/2023

Aprovado em: 21/02/2024

Abstract

Tuberculosis is an infectious disease transmitted by the bacterium *Mycobacterium tuberculosis*, which mainly affects the lungs. This study reports the experience of medical students in developing and implementing actions to prevent and control tuberculosis in partnership with the School Health Program. This experience enabled students to understand the problems caused by the increased number of cases of tuberculosis in the community, essential to implement health education actions to prevent and control this disease. In this sense, students realized the importance of coordination between health teams and schools in the territory covered by basic health units to strengthen the fight against social vulnerabilities.

Keywords: Primary health care; Health education; Health promotion; Tuberculosis.

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis*, também conhecida como bacilo de Koch. Essa doença afeta principalmente os pulmões, embora possa acometer outros órgãos e/ou sistemas. A forma extrapulmonar ocorre com mais frequência em pessoas com HIV, especialmente aquelas com comprometimento imunológico¹. Estima-se que, em 2020, a TB tenha acometido em média 9,9 milhões de pessoas no mundo, sendo responsável por 1,3 milhão de óbitos entre pessoas sem a infecção pelo HIV. Até 2019, essa doença era a primeira causa de óbito por um único agente infeccioso e foi ultrapassada pela covid-19 a partir de 2020².

No Brasil, o diagnóstico da TB é realizado conforme preconizado no Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil, sendo subdividido em diagnóstico clínico, diferencial, bacteriológico, imagem, histopatológico e por outros testes diagnósticos. O diagnóstico laboratorial da TB é fundamental tanto para a detecção de casos novos quanto para o controle de tratamento, portanto, a avaliação clínica também é de grande importância para o diagnóstico da TB. A realização da radiografia do tórax é indicada como um método complementar para esse diagnóstico³.

Nesse contexto, o município de Olinda é o quinto representante mais importante, entre os municípios de Pernambuco, em relação ao número de casos TB em 10 anos, segundo dados do TABNET/DATASUS^{4,5}. Esse dado indica que a prevalência da doença no território é alta e que muitas das Unidades Básicas de Saúde sofrem dificuldades em controlar o surgimento e a propagação da infecção.

Tal conjuntura concorda com estudos que demonstram o decaimento lento da TB e sua variação em função do Índice de Desenvolvimento Humano, de aspectos socioculturais, estrutura política, organização dos serviços de saúde e permanência de Programas Nacionais de Con-

trole da Tuberculose. Também foi resultado das pesquisas que a região Nordeste detém um dos maiores contingentes da infecção e a maior mortalidade pela doença, apesar da maior cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS)⁶.

Além da assistência individual, é necessário que a APS desenvolva estratégias comunitárias integradas às ações com a Vigilância em Saúde que contribuam para que os profissionais de saúde reconheçam as particularidades do território, os determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, as situações de risco sanitário e o contexto local das áreas de abrangência das Equipes de Saúde da Família e das Equipes de Atenção Primária para uma melhor atuação no combate e controle da TB².

Considerando os diferentes processos de trabalho e os vários contextos de vida das populações com maior risco de adoecimento dentro de cada território, é importante que haja o direcionamento das ações, de forma que colabore para o planejamento de estratégias que possam ser realizadas em parceria com o Programa Saúde na Escola (PSE)^{2,7}. Essas estratégias seriam: de promoção e proteção da saúde da população, de prevenção e controle de riscos, agravos e doenças.

O PSE visa à integração e articulação permanente da educação e da saúde, proporcionando melhoria da qualidade de vida da população brasileira. Esse programa tem como objetivo contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde para o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino⁷.

As diretrizes que norteiam esse programa buscam, em especial, o controle social, a integração e a articulação das redes públicas de ensino e de saúde e a interdisciplinaridade e inter-setorialidade, por meio da articulação dos saberes e da participação social, a partir da ampliação das ações e da troca de saberes entre diferentes profissões. O objetivo é a atenção integral à saúde dos educandos^{7,8}.

Dentro do contexto do PSE e com base nas informações epidemiológicas locais, percebe-se a necessidade da articulação entre as Equipes de Saúde da Família e as escolas existentes no território de abrangência das Unidades Básicas de Saúde. A partir dessa proposta, a utilização de novos instrumentos e ferramentas de ensino-aprendizagem facilitará o enfrentamento de vulnerabilidades de saúde e possibilitará o desenvolvimento escolar respeitando a realidade e visando a autonomia dos educandos, pais, comunidade escolar e sociedade em geral^{8,9}.

Dessa forma, o acompanhamento e o monitoramento dos casos de TB fazem parte das ações da APS. Essa ação, juntamente com a detecção dos casos da doença, diagnóstico e tratamento, configura-se como parte do cuidado integral e longitudinal às pessoas com TB e suas famílias. Este estudo tem como objetivo descrever a experiência dos estudantes de medicina na elaboração e execução de ações para prevenção da TB em parceria com o PSE.

METODOLOGIA

Estudo descritivo do tipo relato de experiência, realizado de acordo com a Metodologia da Problematização, utilizando as cinco etapas representadas no Arco de Charles Maguerez¹⁰. Essa metodologia permitiu que as atividades fossem desenvolvidas de acordo com a realidade na qual aos estudantes estavam inseridos, o que possibilitou o planejamento de intervenções com a finalidade de minimizar o problema identificado.

Essas atividades foram propostas durante as atividades teórico-prático em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada em um município da região metropolitana do Recife, Pernambuco. A partir dessa vivência, os estudantes identificaram o aumento do número de casos de tuberculose na área de abrangência da UBS.

Após acompanhamento e reconhecimento dos casos de tuberculose notificados, os estudantes tiveram a possibilidade de planejar as atividades a serem desenvolvidas em conjunto com a Equipe de Saúde da Família. Durante o planejamento, foi definido que as intervenções seriam realizadas em parceria com o PSE e contemplariam a escola municipal inserida no território da UBS, visto que algumas crianças tiveram o diagnóstico confirmado para essa doença.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

A vivência dos estudantes na UBS possibilitou a compreensão dos problemas ocasionados pelo aumento do número de casos de tuberculose, como também a presença de casos entre as crianças matriculadas na escola inserida no território de abrangência da unidade de saúde.

Em razão disso, houve reuniões entre a equipe de saúde, os estudantes e os profissionais da escola para o planejamento de ações voltadas para essa temática, configurando a parceria com o PSE.

A ideia principal era proporcionar ações de educação em saúde, tanto para os educandos como para pais e/ou responsáveis e os profissionais da escola, por intermédio de materiais autoexplicativos e dinâmicas que envolvessem medidas de prevenção e controle da tuberculose.

As dinâmicas foram realizadas em grupos por exposições dialogadas sobre o tema, que abordaram sinais e sintomas, medidas de prevenção e controle da doença com o auxílio de um banner e panfletos elaborados pelos estudantes.

Uma das estratégias utilizadas com os educandos foi a apresentação da técnica correta de lavagem das mãos; em seguida, eles tiveram a oportunidade de colocar em prática essa técnica com a orientação e auxílio dos estudantes.

Levando em consideração que a prática de lavagem das mãos é uma forma de prevenção simples que pode evitar várias doenças infecciosas, as crianças devem ser estimuladas a realizá-la como estratégia de prevenção de doenças e promoção da saúde^{11,12}.

É importante ressaltar que a escola é um espaço de aprendizagem, construção do conhecimento e crescimento pessoal e, portanto, assume um papel importante na promoção da educação em saúde. A promoção da saúde na escola não envolve só os educandos, mas também os profissionais e a comunidade^{11,12}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização de ações para prevenção da tuberculose por meio do PSE foi de suma importância para a comunidade assistida pela UBS. Com essas ações, foi possível repassar informações importantes sobre as medidas de prevenção e controle da tuberculose e, assim, contribuir diretamente para redução dos casos novos.

Dessa forma, os estudantes vivenciaram a importância da articulação entre as equipes de saúde e as escolas existentes no território de abrangência das UBS, tendo em vista que as ações propostas devem ser baseadas em uma prática pedagógica participativa com uma abordagem de educação em saúde transformadora de forma a facilitar o enfrentamento das vulnerabilidades sociais.

As ações foram realizadas em uma escola municipal do ensino fundamental I, com, em média, 100 educandos matriculados.

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

FSRB: Conceitualização; Metodologia; Recursos; Supervisão; Validação; Visualização; Redação – rascunho original e Redação – revisão e edição. **ELAG, SPSA e FGCM:** Recursos; Visualização; **CGI:** Conceitualização; Metodologia; Recursos; Visualização; Redação – rascunho original e Redação – revisão e edição.

REFERÊNCIAS

1. Yoshimura FK, Borstel GCCV, Zaura C, Marcelino VMR, Garcia ICM, Nunes PLP, Ceranto D de CFB. Tuberculose: revisão de literatura/ Tuberculosis: a review of the literature. Braz. J. Hea. Rev. [Internet]. 2021;4(3). Available from: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/32080>.
2. Secretaria de Saúde do Estado de Porto Alegre. Guia Tuberculose na Atenção Primária à Saúde (APS). Versão Novembro, Porto Alegre; 2022. Disponível em: <https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/202211/24113735-guia-tuberculose-versao-final-nov-2022-1.pdf>.
3. World Health organization (WHO). Global tuberculosis report 2021. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240037021>.

4. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde; Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. P.364. Disponível em: https://sbpt.org.br/portal/wp-content/uploads/2019/06/manual_recomendacoes_tb_2ed_atualizada_8maio19.pdf.
5. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. Cadernos de Informações em Saúde de Pernambuco, 2021. [Internet]. Recife: Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco; c2021. Brasil. Disponível em: <https://portal.saude.pe.gov.br/aplicativo/secretaria/cadernos-de-informacoes-em-saude>.
6. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema único de Saúde – DATASUS. Brasil. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>
7. Cortez AO, Melo AC de, Neves L de O, Resende KA, Camargos P. Tuberculosis in Brazil: one country, multiple realities. J bras pneumol [Internet]. 2021; v.47(2). DOI: <https://doi.org/10.36416/1806-3756/e20200119>.
8. Brasil. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE e dá outras providências. Diário Oficial da União, 5 Dez 2007; Seção 1.
9. Sales LV, Almeida SB. Intersetorialidade na promoção da saúde escolar: um estudo do Programa Saúde na Escola. Saúde em Debate [Internet]. 2018, v. 42, n. spe4, pp. 120-133. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S409>.
10. Villardi ML, Cyrino EG, Berbel NAN. A problematização em educação em Saúde: percepções dos professores tutores e alunos. [recurso eletrônico]. 1.ed. – São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015. Disponível em: http://objdigital.bn.br/acervo_digital/livros_eletronicos/unesp/bndigital0178.pdf
11. Bitencort AC, Dostatni AM, Almeida AS, et al. Promovendo educação em saúde: Da lavagem das mãos à prevenção de doenças transmissíveis. Portal institucional UFPEL [Internet]. 2021. Disponível: <https://institucional.ufpel.edu.br/projetos/id/u513>.
12. Santos GR, Nichetti BT, Shimada MK, Cunha P, Wolff F de M, Reifur L. A promoção da saúde através do ensino da lavagem das mãos em escola pública de Araucária, no Paraná. Extensão em foco [Internet]. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ef.v0i22.71773>



Resenha Crítica



Por:

Mário Cruz Couto¹  Fernando Augusto Pacífico¹ 

¹ Faculdade de Medicina de Olinda. Olinda, Pernambuco, Brasil.

Arantes ACQ. *Pra vida toda valer a pena viver: pequeno manual para envelhecer com alegria*. 1a ed. Rio de Janeiro: Sextante; 2021.

Você já parou para refletir sobre como está preparando sua bagagem para a presumível jornada da velhice? Longas viagens requerem sistematização, assim como nosso desconhecido e provável futuro enquanto ser humano. O livro *Pra vida toda valer a pena viver* nos leva a refletir sobre o que temos colocado em nossa mala para utilizar durante o que pode ser nossa última viagem: a velhice.

A Dra. Ana Cláudia de Lima Quintana Arantes é médica formada pela Universidade de São Paulo (1993), com residência em Geriatria no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (1997). Ela possui Pós-Graduação em Psicologia – Intervenções em Luto pelo Instituto 4 Estações de Psicologia e especialização em Cuidados Paliativos pela Universidade de Oxford e pelo Instituto Pallium (2008). Além disso, é sócia-fundadora da Associação Casa do Cuidar – Prática e Ensino em Cuidados Paliativos, onde coordena cursos de formação em Cuidados Paliativos. Como escritora, lançou livros como *A morte é um dia que vale a pena viver* (Editora Sextante, 2016), *Histórias lindas de morrer* (Editora Sextante, 2020), *Pra vida toda valer a pena viver* (Editora Sextante, 2021), entre outros. Desde 2015, ministra aulas, palestras e workshops sobre envelhecimento, comunicação compassiva e conversas sobre a morte.

Pra vida toda valer a pena viver está dividido em nove partes, que versam sobre diversos segmentos, dentre eles o acolhimento ao

Autor correspondente:

Fernando Augusto Pacífico.
E-mail: fapacifico@outlook.com

Fonte de financiamento:

não se aplica

Parecer CEP: não se aplica

Recebido em: 17/08/2023

Aprovado em: 10/04/2024

envelhecer, o luto, as perdas, os relacionamentos familiares e a morte. O discorrer dessa obra é guiado pela metáfora do deserto do Saara — analogia criada pela autora para simbolizar a nossa velhice. Nessa alegoria, a autora e o leitor fazem o seguinte exercício imagético: inicialmente, partem do pressuposto de que possuem 40 anos de idade e que, em 30 anos, se mudarão, definitivamente, para o Saara. Vale salientar que a única forma de não ir para essa viagem é morrendo antes do prazo estipulado. Quando chega o dia da esperada viagem, ambos embarcam para o destino. Poucas horas após o desembarque no deserto, diversas dificuldades são vivenciadas, expostas por meio de várias queixas, tais como: calor matinal e frio noturno insuportáveis, sede, ventanias e tempestade de areia e insolação. O leitor pode até querer ou pensar em voltar atrás, por perceber que viver assim até seu último suspiro tornará essa trajetória muito penosa, mas, como combinado previamente, a viagem não possui passagem de volta, e, por isso, os viajantes precisam lidar com todas as dificuldades impostas pelo “deserto”.

Sob essa ótica, a Dra. Ana Cláudia expõe aos leitores que a viagem para esse “deserto” deve ser pragmaticamente organizada, tendo em vista que nós, leitores e futuros viajantes, devemos, nas décadas de preparação, preparar e levar a bagagem necessária para conviver com nossa velhice. Utilizando-se de experiências, narrativas, paráfrases e estudos, ela consegue impactar seus leitores quanto à importância da promoção e do cuidado à saúde em consonância à rede de apoio social e familiar, como forma de garantir, ou pelo menos abrandar, uma experiência de envelhecimento com saúdes física e emocional suficientes para a estada no deserto. A autora utiliza habilmente uma retórica acessível e, ao mesmo tempo, marcante para lançar luzes sobre as múltiplas possibilidades do processo de envelhecimento.

Se não morrermos antes do momento dessa viagem, respeitando a expectativa de vida estipulada em nosso país, que é de 76,2 anos (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2023), certamente envelheceremos. E, frente a essa informação, como não podemos nos preparar para tal ocasião? Para Ana Cláudia, é inadmissível chegar ao deserto sem protetor solar, agasalho, comida, água, e equipamentos. As intempéries que a velhice é capaz de trazer não se importam com classe social ou raça, **logo**, se não houver planejamento para estar nela pelo resto da vida, tempos difíceis nos aguardam. Dessa forma, a autora propõe alguns pilares para começar a construir uma velhice boa, feliz e repleta de vontade e coragem de viver. Segundo ela, a velhice é um processo com potencial para limitar a saúde física e que envolve perdas, **sejam elas pessoas, de movimento e de liberdades**. É preciso ter entendimento para participar do processo e das decisões ativamente e evitar se comportar passivamente, esperando ser vítima do tempo.

Nesse sentido, acolher o envelhecimento, cuidar do corpo e da mente, lapidar relações, aprender a perder, conviver com os lutos, cultivar boas lembranças, reconhecer e tratar a dor, encontrar um sentido da existência e fazer as pazes com o tempo de morrer depois de envelhecer são capítulos que a Dra. Ana Cláudia reúne “para despertar a consciência sobre a finitude

da vida para que todas as pessoas tenham direito a uma morte digna” e que tentam “jogar luzes sobre o durante feliz”, para que se possa aproveitar a existência e não apenas sobreviver. Apesar dessas adversidades, ela traz esperança a uma fase da vida repleta de alento, com perspectivas, grandes e pequenas felicidades. Tudo isso é possível, desde que iniciemos nossa preparação agora, sem perder nem um minuto. *Pra vida toda valer a pena viver* traz, além das orientações habituais — como a prática regular de exercício físico e a boa alimentação —, o valor dos nossos relacionamentos a longo prazo, o fortalecimento dos laços, os exercícios de memória, dentre outras atividades, que nos ajudarão a driblar as doenças do corpo, da mente e da alma.

O livro está repleto de reflexões importantes que expandem a mentalidade sobre o envelhecimento, tema relegado, por vezes até intocado, por considerável parcela da população. As ideias e os insights que aparecem podem ser aplicados para diferentes públicos, independentemente da faixa etária. Assim, é possível, plausível e necessário construir a velhice desde a juventude, sem negar as transformações inerentes ao processo de envelhecimento e frutos do tempo e sem abrir mão do bem-estar e da alegria, com independência e vitalidade, mesmo com as experiências das perdas, sejam elas quais forem. Afinal, a vida toda vale a pena viver.

Apesar de não se configurar como um livro estritamente teórico, *Pra vida toda valer a pena viver: Pequeno manual para envelhecer com alegria* oferece excelentes contribuições práticas e reflexivas sobre o envelhecimento. Ana Cláudia de Lima Quintana Arantes, com sua bagagem profissional em geriatria e cuidados paliativos, apresenta valiosas perspectivas e conselhos, tornando a obra uma fonte enriquecedora para quem busca orientações concretas e significativas para a jornada da velhice.