

V.5 N.2 (2021)

DÊCIÊNCIA EM FOCO

**DESAFIOS
DA PRODUÇÃO
CIENTÍFICA NA
AMAZÔNIA LEGAL**



DÊCIÊNCIA EM FOCO: revista de Publicação Científica da UNINORTE e UNIRON – V.5
N.2 (Jul/Dez 2022). – Rio Branco, Acre, Brasil.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Dirigentes Institucionais

Renato Barcelo

Reitor

Ailton Martins Melo

Vice-Reitor

Juliano Raimundo Cavalcante

Pró- Reitor Acadêmico

André Mejia Camêlo

Pró-Reitor de Relacionamento com o Mercado

Lucinéia Scramin Alves

Secretária Geral

UNIDADE

UNIRON

André Mejia Camêlo

Diretor de Unidade

Campus Cidade Universitária

BR 364, Km 02, Alameda Hungria, 200 - bairro: Jardim Europa II

CEP: 69.915-497 - Rio Branco - Acre

Editora Geral:

Eufrasia Santos Cadorin

Editores de Seção:

Douglas José Angel

Editor de Layout:

Vander Magalhães Nicacio

Editora de Sistema:

Érica Cristine de Oliveira Carvalho Wertz

Revisor:

João Batista de Souza

Corpo Editorial:

Adônidias Feitosa Rodrigues Junior

Daniel Vilallonga

Douglas José Angel

Érika Cristina da Silva Melo

Franciely Gomes Gonçalves

Gustavo de Souza Moretti

Halyna Melo

Jair Alves Maia

Julio Eduardo Gomes Pereira

Kenedy Maia dos Santos

Lydhia Rubhia de Lima Torres

Lucyana Oliveira de Melo

Marcuce Santos

Mediã Barbosa Figueiredo

Odilson Marcos Silvestre

Reginara Rodrigues

Ruth Silva Lima da Costa

Songila Maria da Silva Rocha Doi

EDITORIAL

DESAFIOS DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA NA AMAZÔNIA LEGAL

O tema central deste editorial nos leva a uma reflexão sobre a Amazônia Legal, considerando toda a sua biodiversidade, pluralidade e dimensão continental, berço para produção científica em todas as áreas de conhecimento, ainda pouco explorada.

Cabe dizer que a Amazônia é formada por nove países, a saber: Brasil, Bolívia, Colômbia, Equador, Guiana, Guiana Francesa, Peru, Suriname e Venezuela; embora a maior parte territorial esteja inserida no território brasileiro. No Brasil, a Amazônia legal ocupa as totalidades dos estados do Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Rondônia e Roraima, e parte dos Estados do Maranhão, Mato Grosso e Tocantins, sendo estes os únicos não integrantes da Região Norte a possuírem o bioma Amazônia.

Quanto à população, ao contrário do que se pensa, a história mostra que a região nunca foi uma terra desabitada, como imaginavam os primeiros europeus que aqui chegaram no século XVI. Todavia, a densidade de mata fechada propiciou a conclusão da existência de poucos habitantes nativos na região, favorecendo a ideia de propriedade sobre uma possível “terra desabitada”. A herança mestiça adquirida pela população da amazônica é resultado da forte miscigenação ocorrida entre os séculos XVI e XIX, entre os povos autóctones, com os povos europeus colonizadores, reverberando uma herança de confronto cultural entre eles, levando a mudanças de hábitos e costumes.

Vale ressaltar que desde os tempos áureos do ciclo da borracha, visando à garantia das fronteiras, muitos brasileiros de outras regiões do Brasil vêm migrando para a região amazônica, seja por motivos políticos, seja por motivos econômicos. Com vistas ao desenvolvimento da região, a Amazônia investiu na agricultura, na pecuária, nos produtos extrativistas, na industrialização e na força de sua cultura para atrair o turismo, por conseguinte, gerou a necessidade de melhorar o acesso de bens e serviços essenciais à sua população. Mesmo nos tempos atuais, a Amazônia continua sendo a única área habitável do planeta ainda em processo de ocupação.

Ao longo dos anos, novos modelos de geração de renda e ocupação econômica foram se desenhando na região, e, com isso, os problemas de ordem social foram se agravando, necessitando de uma intervenção sustentável, por parte de autoridades locais, a partir de soluções baseadas em pesquisas científicas.

Por possuir o maior bioma do mundo e rico em diversidade, tem atraído pesquisadores brasileiros e de várias partes do mundo, interessados na biodiversidade amazônica, comprovada pela vasta literatura publicada, onde foram utilizadas amostras coletadas em território amazônico, sem a participação de pesquisadores da região.

Há que considerar que pesquisadores dos estados que compõem a região amazônica têm se empenhado na identificação de modelos de desenvolvimento que se mostrem eficazes na resolução dos problemas enfrentados por seus habitantes, porém esses modelos ainda não apresentaram soluções concretas capazes de erradicar a pobreza e garantir o acesso da sua população aos bens e serviços, similares aos oferecidos nas regiões mais desenvolvidas do país.

Apesar de a Amazônia ser o berço de pesquisa do mundo, é notória a disparidade de investimento em pesquisa entre as regiões do país, hoje concentrada nas regiões Sul e Sudeste do Brasil. Dados da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) demonstram que essas regiões detêm a maior concentração de doutores, onde também se concentram os centros de pesquisas renomados, detendo a maior parte dos fomentos de pesquisas. A região Norte é a menos favorecida, com o menor número de pesquisadores, bem como a menor concentração de centros de pesquisas, e a mais carente de investimentos, concentrados na sua maioria em universidades públicas. Paradoxalmente, o mais rico banco genético, que abriga inúmeras civilizações indígenas, adicionado ao conhecimento científico acadêmico nas mais variadas áreas de pesquisas, é um fator primordial para o desenvolvimento e fortalecimento da ciência, tecnologia e inovação na Amazônia, que ainda estão muito aquém das necessidades de desenvolvimento da região.

A importância da educação, da produção e difusão de ciência e tecnologia nos estados da Amazônia é tão evidente quanto o reconhecimento da importância da região para o país e para o mundo. É de suma importância que os investimentos em pesquisa e desenvolvimento científico e em inovação tecnológica alcançados pelos estados mais desenvolvidos do Brasil cheguem também aos estados da região, transformando-se em ferramenta que garanta o desenvolvimento com maior justiça social.

Há tempos, autoridades governamentais e não governamentais, públicas e privadas, vêm debatendo sobre os desafios da pesquisa na Amazônia, porém os problemas de outrora ainda persistem. No encontro *on-line* de reitores e pró-reitores de Instituições de Ensino Superior (IES) da Região da Amazônia Legal, realizada em 2020, relatou-se a necessidade de superação das assimetrias regionais no desenvolvimento científico e

tecnológico do Brasil, sendo este um dos maiores desafios apontados por esse foro em 2011, que ainda persiste nos dias atuais. Mesmo com os avanços alcançados nos últimos anos com a criação de novas universidades e a abertura de novos Programas de Pós-graduação, a região ficou à margem das políticas desenvolvidas nos campos da pesquisa e pós-graduação em diversos momentos. Destacam-se ainda, as parcerias interinstitucionais em forma de Doutorado Interinstitucional (DINTER), para o processo formativo de doutores nas IES da região, que foram insuficientes para alterar os indicadores relativos A doutores da região Norte, demonstrando a carência de recursos humanos para a pesquisa científica e tecnológica na Amazônia.

Os desafios da pesquisa na região amazônica são incontáveis. Além dos problemas estruturais já relatados, cita-se a necessidade do fortalecimento dos investimentos em pesquisa, ciência e tecnologias na região; a fixação de capital intelectual na Amazônia; implementação de ações efetivas para transformar conhecimento em iniciativas práticas; a criação de processos para a utilização dessas tecnologias; a implantação de novos programas de Pós graduação na Amazônia; o fortalecimento dos programas já existentes; bem como a criação de condições para o desenvolvimento dos estados da região amazônica a partir do uso sustentado de sua biodiversidade.

Por fim, para superar os desafios da produção científica de modo sustentável na Amazônia Legal, é necessário suplantando as disparidades regionais, fortalecer uma base científica que considere todas as condições da região, inclusive sociais e culturais, para a criação e o estabelecimento de políticas públicas em prol da melhoria da qualidade de vida de suas populações.

Mediã Barbosa Figueiredo

Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal do Acre (UFAC).

Mestre em Medicina e Saúde – Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia (FMB/UFBA).

Doutora em Biologia de Agentes Infeciosos e Parasitários – Universidade Federal do Pará (UFPA).

ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DA COVID -19 NO ESTADO DO ACRE (Abril 2020 – Abril 2021)

EPIDEMIOLOGICAL ANALYSIS OF COVID -19 IN THE STATE OF ACRE (April 2020 – April 2021)

Plícia dos Santos Albuquerque¹, Ranna Kíssia Alves das Neves²

1. Acadêmica do curso de Medicina. Centro Universitário Uninorte, AC, Brasil.

2. Mestre em Ciências da Saúde. Secretaria Estadual de Saúde, AC, Brasil.

***Autor correspondente:** plicia.albuquerque@hotmail.com

RESUMO

Introdução: Em 2019, foi descoberto o SARS-CoV-2, “*Coronavirus Disease-2019*” (Covid -19). Uma característica do SARS-CoV-2, que contribuiu para que ele se tornasse um problema de saúde pública mundial, é sua alta taxa/potencial de transmissão, que ocorre por meio de fômites e de gotículas respiratórias de tosse e/ou de espirro. **Objetivo:** Analisar o perfil epidemiológico dos indivíduos acometidos pela Covid -19 no estado do Acre, calcular as taxas de letalidade por grupo etário e por sexo no período de abril 2020 a abril de 2021. **Método:** Trata-se de um levantamento epidemiológico descritivo, de casos e óbitos notificados de Covid -19 no estado do Acre, no período de abril de 2020 a abril de 2021 de abordagem quantitativa, através da extração de dados secundários contidos nos Boletins Epidemiológicos sobre a Covid -19 emitidos diariamente pela Secretaria Estadual de Saúde do Acre. **Resultados e Discussão:** O Boletim Epidemiológico demonstrou que dos 78.016 casos confirmados, contabilizados até 30 de abril de 2021, estimava-se 54,6% de homens e 45,4% de mulheres, com a predominância da faixa etária de 30-39 anos (24,6%), 18,4% dos indivíduos contaminados evoluíram ao óbito, e 81,6% obtiveram a recuperação e alta por cura. Além disso, apresentaram maior proporção de óbitos associados a comorbidades (57,5%). A taxa de letalidade por faixa etária foi significativamente maior entre 60-79 anos e mais letal no sexo masculino. **Conclusão:** A curto prazo, faz-se necessária a criação de medidas educacionais estratégicas e mais atrativas, e de incentivo financeiro para que a população siga as recomendações de prevenção.

Palavras-chave: Covid -19. Coronavírus. Pandemia. Epidemiologia.

ABSTRACT

Introduction: In 2019, SARS-CoV-2, “*Coronavirus Disease-2019*” (Covid -19) was discovered. A characteristic of SARS-CoV-2, which has contributed to its becoming a worldwide public health problem, is its high rate/potential of transmission, which occurs through fomites and respiratory droplets from coughing and/or sneezing. **Objective:** To

analyze the epidemiological profile of individuals affected by Covid -19 in the state of Acre, calculate the mortality rates by age group and by sex from April 2020 to April 2021. **Method:** This is a descriptive epidemiological survey, of reported cases and deaths of Covid -19 in the state of Acre, from April 2020 to April 2021 with a quantitative approach, through the extraction of secondary data contained in the Epidemiological Bulletins on Covid -19 issued daily by the State Health Department of Acre. **Results and Discussion:** The Epidemiological Bulletin showed that of the 78,016 confirmed cases, counted up to April 30, 2021, it was estimated that 54.6% were men and 45.4% women, with a predominance of the 30-39 age group (24.6%), 18.4% of the infected individuals progressed to death, and 81.6% obtained recovery and discharge due to cure. In addition, it had a higher proportion of deaths associated with comorbidities (57.5%). The fatality rate by age group was significantly higher between 60-79 years and more lethal in males. **Conclusion:** In the short term, it is necessary to create educational strategies and more to make them of strategies, and financial measures for the population to follow prevention.

Keywords: Covid -19. Coronavirus. Pandemic. Epidemiology.

INTRODUÇÃO

As Coronavíroses (CoVs) são doenças causadas por vírus pertencentes a quatro famílias de vírus: *Coronaviridae*, *Arterivirida*, *Mesoniviridae* e *Roniviridae*. As espécies pertencentes à família *Coronaviridae* são os vírus do tipo RNA causadores de doenças respiratórias em animais. Até então, existiam nessa família sete vírus capazes de causar doenças em humanos. Entretanto, em 2019, foi descoberto o SARS-CoV-2, um novo membro dessa família, que deu origem à “*Coronavirus Disease-2019*” (covid -19)¹.

Uma característica do SARS-CoV-2, que contribuiu para que ele se tornasse um problema de saúde pública mundial, é sua alta taxa/potencial de transmissão que ocorre por meio de fômites (materiais inanimados contaminados que servem de veículo para transmissão) e de gotículas

respiratórias de tosse e/ou de espirro (transmissão por aerossol)².

O Ministério da Saúde recebeu a primeira notificação de um caso confirmado da covid -19 no Brasil em 26 de fevereiro de 2020. De 26 de fevereiro de 2020 a 27 de fevereiro de 2021, foram confirmados 10.517.232 casos e 254.221 óbitos por covid -19 no Brasil. Os sete estados da região Norte registraram um total de 1.163.726 casos (11,1% do total de casos do Brasil). De acordo com o último Boletim Epidemiológico, foi observado estabilização no número de casos no Amazonas (-5%) e Roraima (+4%), e aumento em Rondônia (+6%), Amapá (+9%), Pará (+32%), Acre (+42%) e Tocantins (+60%)³.

É importante frisar que na literatura encontra-se uma robustez teórico-prática sobre o reconhecimento do *status* de adoecimento e a prevenção de novos

casos dessa doença. Isso se justifica pela possibilidade de identificação precoce dos casos positivos, a adoção de ações de isolamento domiciliar e/ou assistenciais hospitalares e, conseqüentemente, a redução nos indicadores de reprodução da doença e de aumento no tempo de duplicação. Em contrapartida, o Brasil ainda não possui exames suficientes para a testagem em larga escala, onde mais da metade das regiões brasileiras necessitaria do dobro de leitos por dia para assistir os casos graves, e a baixa distribuição da força de trabalho no país deve ser um fator considerado⁴.

Os fatores citados acima, aliados à dificuldade da manutenção do isolamento social e um quantitativo elevado de casos, tornam essencial a elaboração de estudos epidemiológicos que contribuam para a compreensão da covid -19 no estado Acre⁵. Assim, o objetivo deste artigo é analisar o perfil epidemiológico dos indivíduos acometidos pela covid - 19 no estado do Acre, calcular as taxas de letalidade por grupo etário e por sexo no período de abril 2020 a abril de 2021.

MATERIAL E MÉTODO

CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Trata-se de um levantamento epidemiológico descritivo, de casos e óbitos notificados de Covid -19 no estado do Acre, entre o período de abril de 2020

a abril de 2021, com abordagem quantitativa.

LOCAL DA PESQUISA

O estado do Acre localiza-se na Região Norte possui extensão territorial de 164.173,431 km², e está dividido em 22 municípios, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), estimando 894.470 habitantes em 2020⁶.

O Acre, atualmente, possui uma rede de assistência à saúde para atendimentos/internações destinados à Covid -19, apresentando uma estrutura física de: 359 leitos (253 leitos clínicos e 106 leitos de Unidade de Terapia Intensiva - UTI), sendo os hospitais de referência divididos nas regionais de saúde do estado:

- **Regional do Baixo Acre:** Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco – Pronto Socorro; Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia do Acre – Into-AC; Hospital de Campanha + Hospital do Idoso (extensão Into-AC). Sendo todos localizados na capital Rio Branco – AC.

- **Regional Juruá:** Hospital de Campanha/Hospital Regional do Juruá, localizado no município de Cruzeiro do Sul – AC.

- **Regional Alto Acre:** Hospital Regional Raimundo Chaar, localizado no município de Sena Madureira – AC⁷.

COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi conduzida pela extração de dados secundários contidos nos Boletins Epidemiológicos sobre a Covid -19 emitidos diariamente pela Secretaria Estadual de Saúde do Acre. Esses boletins foram escolhidos por serem de fonte de dados oficiais e confiáveis do estado, com informações completas das variáveis que foram analisadas neste estudo, além de estarem mais próximos da data do início da coleta de dados.

Utilizaram-se também outras fontes de informações oficiais, como: *sites* da Organização Mundial de Saúde (OMS), Ministério da Saúde (MS) e o Guia de Vigilância Epidemiológica para complemento das informações.

ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

Para a descrição do perfil epidemiológico dos casos confirmados e

óbitos das variáveis empregadas para a pesquisa, como: faixa etária, sexo, evolução dos casos, e comorbidades, foram utilizadas as informações compostas nestes boletins. A taxa de letalidade foi calculada, e realizada a discussão dos dados resultantes.

A taxa de letalidade (por sexo e grupo etário) foi calculada através da fórmula:

$$\frac{\text{N.º de óbitos de covid -19}}{\text{N.º total da pop. infectada}} \} \times 100$$

Em seguida, todas as informações

foram organizadas e apresentadas em tabelas e gráficos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Boletim Epidemiológico demonstrou que dos 78.016 casos confirmados de covid -19 contabilizados até 30 de abril de 2021, nesta data, estimavam-se 54,6% de homens e 45,4% de mulheres com a predominância da faixa etária de 30-39 anos (24,6%).

Tabela 1. Casos confirmados da covid -19, conforme sexo e faixa etária, abril/2020-abril/2021, Acre, 2021.

CARACTERÍSTICAS	N	%
SEXO		
Feminino	35.436	45,4%
Masculino	42.580	54,6%
FAIXA ETÁRIA (ANOS)		
<1 ano	370	0,5
1-9 anos	2.154	2,8
10-19 anos	5.768	7,4
20-29 anos	15.474	19,8
30-39 anos	19.157	24,6
40-49 anos	15.591	20
50-59 anos	9.469	12,1

60-69 anos	5.703	7,3
70-79 anos	2.883	3,7
80 anos-mais	1.447	1,8

Fonte: ACRE, 2021⁸.

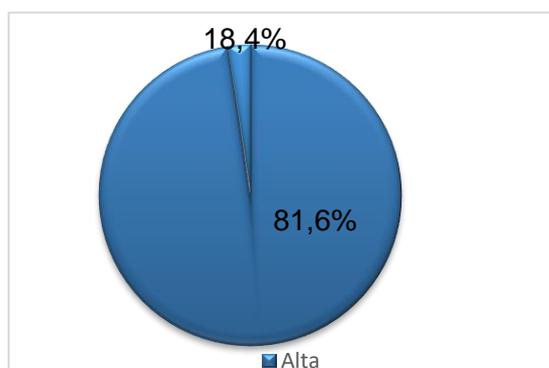
As notificações no estado do Acre começaram a ocorrer a partir do dia 02 de março de 2020, seguindo até o dia 15 de março de 2020 em média com 2 notificações diárias; após a confirmação dos primeiros casos, no dia 17 de março, as notificações aumentaram de forma significativa⁸.

Os resultados obtidos até o momento corroboram os acontecimentos nos estados da Bahia, Amapá, Tocantins, Maranhão, Rondônia, Piauí, Paraná^{9, 10, 11, 12, 13, 14, 15}. Segundo um estudo realizado com a população brasileira, a grande quantidade de casos na faixa etária de 15 a 59 anos pode ser justificada por ser uma população economicamente ativa, onde muitos indivíduos acabam sendo expostos a infecção por suas atividades laborais¹⁶.

Ao se analisar o sexo dos indivíduos com diagnóstico positivo, há predomínio do sexo masculino com 42.580 casos, constatação também observada no estudo de Silva *et al.*¹² fundamentando através da pesquisa de Cheng e Shan¹⁷ que em epidemias anteriores de SARS e MERS, os homens também eram mais propensos a serem infectados do que as mulheres. Isso pode ter a ver com o importante papel que os cromossomos X da mulher e os hormônios sexuais desempenham no sistema imunológico do corpo¹⁸.

O Gráfico 1 apresenta a proporção de casos confirmados segundo sua evolução, diante disso, é possível visualizar que 18,4% dos indivíduos contaminados evoluíram ao óbito e 81,6% obtiveram a recuperação e alta por cura.

Gráfico 1. Proporção de casos confirmados de covid -19, segundo a evolução, abril/2020-abril/2021, Acre, 2021.

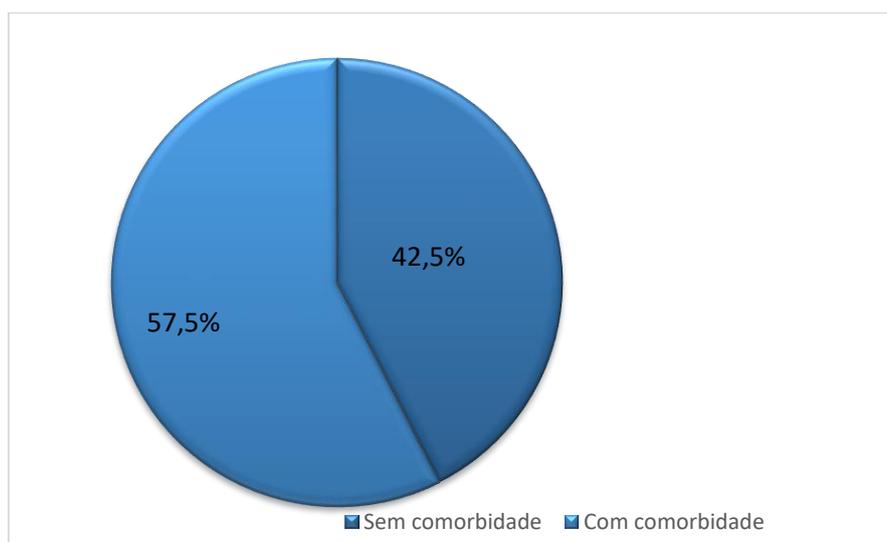


Fonte: ACRE, 2021⁸.

A maior parte dos casos positivos tiveram evoluções sem complicações, não necessitando de internação e apenas com indicação de isolamento domiciliar por 14 dias para tratamento e recuperação. Até o momento analisado, 63.652 indivíduos receberam alta pelo cumprimento dos 14 dias e não estarem apresentando mais os sintomas da doença. Entretanto, 1.534 óbitos foram registrados no Estado, sendo o maior registro de óbito na capital Rio Branco com 946 óbitos⁸.

A ocorrência dos óbitos em 18,4% pode ser explicada devido à situação crítica do sistema de saúde para atender à demanda potencial gerada pela pandemia da covid -19. A oferta de leitos públicos e privados evidencia que o estado do Acre opera além de sua capacidade, comprometendo o atendimento

Gráfico 2. Proporção de óbitos por covid -19 segundo comorbidades, abril/2020-abril/2021, Acre, 2021.



Fonte: ACRE, 2021⁸.

principalmente a pacientes com sintomas mais severos. O cenário é ainda pior para leitos de UTI que foram insuficientes na chamada segunda onda da pandemia (ocorrido entre os meses de janeiro e maio de 2021), gerando um colapso no sistema de saúde do estado e havendo transferências de indivíduos para leitos de UTI em outros estados que se colocaram à disposição. Noronha *et al.*¹⁹ afirmam que a presença de vazios assistenciais pode levar o sistema ao colapso, mesmo com taxas menos elevadas de infecção.

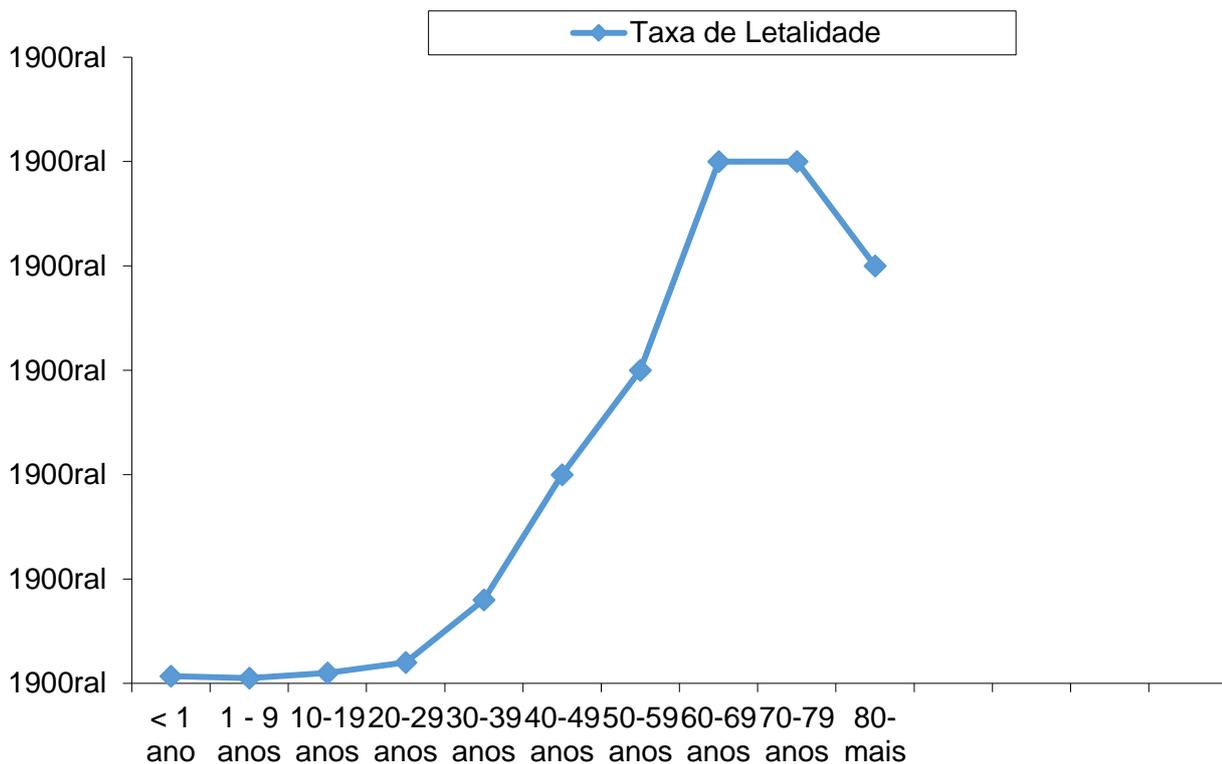
O Gráfico 2 apresenta a frequência de óbitos ocasionados pela covid -19 em indivíduos com e sem comorbidades, sendo a presença de comorbidade um fator de risco e consequentemente com um resultado de maior proporção (57,5%).

Considerando a rápida disseminação da doença e os altos índices de casos graves, faz-se necessário avaliar os fatores de risco e os que podem agravar o prognóstico de pacientes com covid -19²⁰. Estudos prévios, como o de Yang *et al.*²¹, mostraram que pacientes que apresentavam determinadas doenças crônicas, como respiratórias, cardíacas ou de natureza multifatorial, tinham um prognóstico agravado quando eram acometidos pelo vírus da covid -19.

Ramos²² denota que as condições que predisõem a quadros de maior morbimortalidade encontradas nos estudos foram: idade avançada, doença cardíaca coronária, hipertensão, diabetes, doenças cerebrovasculares, doença pulmonar obstrutiva crônica, doença renal crônica e obesidade.

A taxa de letalidade por faixa etária, do total de 1.534 óbitos, foi significativamente maior entre 60-79 anos apresentando 0,5% (Gráfico 3).

Gráfico 3. Taxa de letalidade por covid -19, segundo faixa etária, abril/2020-abril/2021, Acre, 2021.



Fonte: ACRE, 2021⁸.

Mendonça *et al.*²³, no período total analisado, observaram que a maior parte

dos óbitos ocorrem entre os acima de 60 anos, totalizando 29.283 mortes, o que

corresponde a mais de 65% do total de mortes da região Norte. Os idosos com 80 anos ou mais compreendem a faixa etária com mais óbitos (12.557).

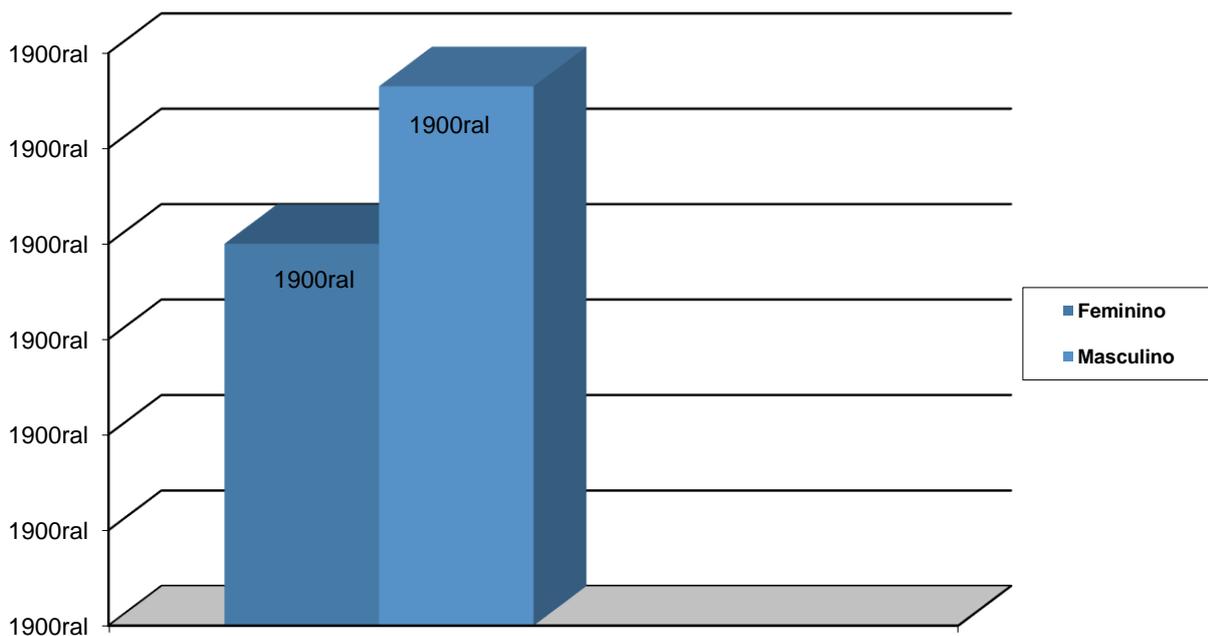
Ademais, de acordo com a literatura, as alterações metabólicas relacionadas ao processo de envelhecimento tornam o grupo mais suscetível, pois esses distúrbios aumentam a produção de citocinas, exacerbando a resposta pró-inflamatória em casos de infecção viral¹².

Os indivíduos idosos, principalmente com multimorbidades associadas,

apresentam maiores déficits no sistema imunológico e mais predispostos a mortalidades associadas à infecção viral, como a infecção por covid -19²⁴. Guan *et al.*²⁵, identificam que idosos com diagnóstico prévio de diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares e cerebrovasculares são mais suscetíveis a estágios mais graves da covid -19.

O Gráfico 4 exibe a taxa de letalidade por covid -19 segundo a variável sexo, com a predominância de letalidade maior no sexo masculino (1,13%).

Gráfico 4. Taxa de letalidade por covid -19 segundo sexo, abril/2020-abril/2021, Acre, 2021.



Fonte: ACRE, 2021⁸.

Dados da OMS sobre a Europa, Ásia e América do Norte indicam maior letalidade por covid -19 no sexo masculino, o que pode ser explicado por fatores geográficos, culturais e genéticos²⁶. No

Brasil, a covid -19 tem apresentado uma característica mais feminina. Há indícios de que isso acontece, entre outras razões, pelo maior risco e exposição apresentados pelos profissionais de

saúde, majoritariamente compostos por mulheres, além de elas estarem na linha de frente dos esforços de mitigação da pandemia em diversas comunidades^{27, 28}. Além disso, muitas mulheres são provedoras de seus lares, compondo o mercado de trabalhadores informais²⁶ que precisam se deslocar para trabalhar²⁹.

Machado *et al*⁹ explicam que os óbitos masculinos são maiores pela baixa procura do público masculino pelos serviços de saúde, bem como por um viés biológico, onde um estudo demonstrou que o cromossomo X contém uma maior densidade de genes relacionados à imunidade. Além disso, o estrogênio, que é um hormônio sexual feminino, atua como um ativador imunológico contribuindo para uma resposta imunológica vigorosa⁹.

A letalidade pode decrescer com as medidas já implantadas em algumas cidades e estados brasileiros, como: cancelamento de aulas em todos os níveis, distanciamento social e quarentena voluntária. Esses fatores têm estimulado a redução no número de casos de infecção, no entanto, devido a questões econômicas, há no presente momento uma pressão popular para a suspensão de tais medidas^{30, 31, 32}, o que pode acarretar novamente um aumento do número de casos da covid -19 no Brasil.

CONCLUSÃO

Os resultados desta pesquisa mostram que grande parte dos indivíduos acometidos são do sexo masculino e a faixa etária de 30-39 anos, considerada economicamente ativa. A taxa de letalidade é mais prevalente no sexo masculino, associada a comorbidades e ainda, mais letal em indivíduos na terceira idade.

Acrescenta-se que no estado do Acre têm sido adotadas medidas para a redução dos casos da covid -19, mas, não diferentemente das demais realidades de outros estados brasileiros, conta com um sistema de saúde insuficiente para atender às demandas da pandemia. Diante disso, a curto prazo, faz-se necessária a criação de medidas educacionais estratégicas e mais atrativas, e de incentivo financeiro para que a população siga as recomendações de prevenção.

REFERÊNCIAS

1. ZHOU, F. *et al*. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID -19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. **The Lancet**, v. 395, n. 10229, p. 1054-1062, 2020.
2. WHO. World Health Organization. **Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID -19)**. China: World Health Organization – The Joint Mission, 2020.

3. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Especial. Doença pelo Coronavírus COVID - 19.** Brasília/DF v. 52, 2021.
4. LI, R. *et al.* Substantial undocumented infection facilitates the rapid dissemination of novel coronavirus (SARS-CoV-2). **Science**, v. 368, n. 6490, p. 489-493, 2020.
5. DIAS, N. L., *et al.* Predição da propagação do SARS-CoV-2 no estado do Amapá, Amazônia, Brasil, por modelagem matemática. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, v. 6, p. 73-95, 2020
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ac/.html>. Acesso em: 30 de março de 2021.
7. ACRE, Secretaria de Estado de Saúde. **Boletim Informativo da Assistência à Saúde no Estado do Acre.** Governo do Estado do Acre. Março, 2021.
8. ACRE. Secretaria de Estado de Saúde. **Situação atual dos casos confirmados da COVID -19 no estado do Acre – 01 de maio de 2021.** Governo do Estado do Acre. Abril, 2021.
9. MACHADO, A. G.; DOS SANTOS BATISTA, M.; DE SOUZA, M. C. Características epidemiológicas da contaminação por COVID -19 no estado da Bahia. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 10, n. 1, p. 103-110, 2021.
10. SILVA, A. W. C. *et al.* Caracterização clínica e epidemiologia de 1560 casos de COVID -19 em Macapá/AP, extremo norte do Brasil. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 8, p. e150985499-e150985499, 2020.
11. GONÇALVES, C. W. B. *et al.* Estudo epidemiológico do Covid -19 em um estado do norte do Brasil. **Scientia Generalis**, v. 1, n. 3, p. 54-60, 2020.
12. SILVA, J. P. B. *et al.* Análise epidemiológica de casos confirmados de COVID -19 em Caxias, Maranhão, Brasil. **Revista Prevenção de Infecção e Saúde**, v. 6, p. 1-9, 2020.
13. CUNHA, D. F. *et al.* Perfil Epidemiológico dos Casos de COVID -19 NO Município de Rolim de Moura-RO em 2020. **Revista Enfermagem e Saúde Coletiva-REVESC**, v. 5, n. 1, p. 42-46, 2020.
14. ARAÚJO, A. A. C. *et al.* COVID -19: analysis of confirmed cases in Teresina, Piauí, Brazil. **Revista Prevenção de Infecção e Saúde**, v. 6, 2020.
15. DE PAIVA, C. I. *et al.* Perfil epidemiológico da COVID -19 no Estado do Paraná. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 3, n. Supl., 2020.
16. HALLAL, P.C. *et al.* SARS-CoV-2 antibody prevalence in Brazil: results from two successive nationwide serological household surveys. Londres: **Lancet Glob Heal**. v.0, n.0, p.:1-9, 2020.
17. CHENG, Z.J.; SHAN, J. Novel coronavirus: where we are and what we know. **Infection**. v. 48, n.2, p.:155–163, 2019.
18. JAILLON, S.; BERTHENET, K.; GARLANDA, C. Sexual Dimorphism in Innate Immunity. **Clin Rev Allergy Immunol**. v.56, n.3, p.:308–321, 2019.

19. NORONHA, K. V. M. de S. *et al.* Pandemia por COVID -19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00115320, 2020.
20. FEITOZA, T. M. O. *et al.* Comorbidades e COVID -19. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, v. 8, n. 3, p. 711-723, 2020.
21. YANG, J. *et al.* Prevalence of comorbidities and its effects in patients infected with SARS-CoV-2: a systematic review and meta-analysis. **International Journal of Infectious Diseases**. v. 94, n.2, p. 91-95, 2020.
22. RAMOS, R. M. **Análise do perfil epidemiológico dos óbitos por COVID -19 em Santa Catarina durante a pandemia de coronavírus até a 33ª semana epidemiológica do ano de 2020.** Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Bacharelado em Medicina. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2020.
23. MENDONÇA, F. D. *et al.* Região Norte do Brasil e a pandemia de COVID -19: análise socioeconômica e epidemiológica/North region of Brazil and the COVID -19 pandemic: socioeconomic and epidemiologic analysis/Región Norte de Brasil y la pandemia de COVID -19: análisis. **Journal Health Npeps**, v. 5, n. 1, p. 20-37, 2020.
24. FLORES, T. G.; LAMPERT, M. A. **Por que idosos são mais propensos a eventos adversos com a infecção por COVID -19.** Monografia. Pós-graduação em gerontologia. Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria-RS-Brasil, 2020.
25. GUAN, W. *et al.* Clinical characteristics of 2019 novel coronavirus infection in China. **MedRxiv**, p.30, 2020.
26. SALVATI L. *et al.* A gendered magnifying glass on COVID -19. **Clin Mol Allergy**, 2020.
27. ZARULLI, V. *et al.* Women live longer than men even during severe famines and epidemics. **Proc Natl Acad Sci USA**. 2018.
28. MATOS, M. Pandemia COVID -19 e as mulheres. **Bol Cientistas Sociais**, 2020.
29. ESCOBAR, A. L.; RODRIGUEZ, T. D. M.; MONTEIRO, J. C. Letalidade e características dos óbitos por COVID -19 em Rondônia: estudo observacional. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, p. e2020763, 2020.
30. PIRES, L.N. *et al.* COVID -19 e desigualdade: a distribuição dos fatores de risco no Brasil. **Research Gate**, v.21, n.10, p.: 1-4, 2020.
31. CANABARRO, A. *et al.* Data-Driven Study of the COVID -19 Pandemic via Age-Structured Modelling and Prediction of the Health System Failure in Brazil amid Diverse Intervention Strategies. **MedRxiv**; v.15, n.7, p.: 1-13, 2020.
32. PRAXEDES, S. A. *et al.* Análise da morbimortalidade dos casos da COVID -19 nos estados brasileiros. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 2, p. e6332-e6332, 2021.

AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS ALIMENTARES DE ESTUDANTES DE MEDICINA DO PRIMEIRO PERÍODO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE

EVALUATION OF THE DIETARY PRACTICES OF MEDICAL STUDENTS FROM THE FIRST PERIOD OF THE FEDERAL UNIVERSITY OF ACRE

Raisa Peixoto de Souza¹, Matheus Santaella Gonsales¹, Elielton dos Santos Gonçalves¹, Ítalo Mendes de Lima¹, Aldem Kelwin Oliveira dos Anjos¹, Vitor Bruno Miranda Neto¹, Danielly Andressa Silva¹, Natany de Sousa França¹, Caroline Ferreira de Souza¹, Gilmara Cavalcante dos Santos¹, Alanderson Alves Ramalho², Mônica da Silva-Nunes^{3*}

1. Acadêmico(a) do curso de medicina da Universidade Federal do Acre. AC, Brasil.

2. Nutricionista, Docente da Universidade Federal do Acre. AC, Brasil.

3. Médica, Docente da Universidade Federal do Acre. AC, Brasil.

***Autor correspondente:** monicamamtra@gmail.com

RESUMO

Introdução: O ingresso na graduação é um momento crítico quanto ao comportamento alimentar. Os acadêmicos de medicina, em especial, tendem a desenvolver maus hábitos alimentares e, por consequência, estão expostos ao risco de desenvolvimento de sobrepeso e obesidade durante a graduação. **Objetivo:** Descrever as práticas alimentares de acadêmicos do primeiro período do curso de medicina da Universidade Federal do Acre. **Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo de coorte com 41 estudantes calouros do ano de 2019, que foram avaliados usando-se a Escala Guia Alimentar. Foram calculadas as frequências do consumo e práticas alimentares dos estudantes, as quais foram analisadas segundo as variáveis de interesse. **Resultados e Discussão:** Os resultados demonstraram práticas negativas quanto ao planejamento, organização domiciliar e escolha dos alimentos, no entanto, adequadas em relação ao modo de comer. Verificou-se associação estatisticamente significativa com o sexo, tipo social de residência, estado de nascimento e de residência antes do curso de medicina, escolaridade do chefe da família e renda. **Conclusão:** Os achados deste estudo revelaram práticas alimentares inadequadas entre os acadêmicos de medicina do primeiro período da UFAC, predispondo-os ao desenvolvimento de sobrepeso e obesidade ao longo do curso.

Palavras-chave: Consumo de Alimentos. Práticas Alimentares. Estudantes de Medicina.

ABSTRACT

Introduction: Admission to graduation is a critical moment regarding eating behavior. Medical students, in particular, tend to develop poor eating habits and, consequently, they are exposed to the risk of developing overweight and obesity during graduation. **Objective:** To describe the food practices of students from the first period of the medical course at the

Federal University of Acre. **Materials and Methods:** This is a cohort study with 41 freshman students from 2019, who were evaluated using the Food Guide Scale. The frequencies of consumption and food practices of the students were calculated and analyzed according to the variables of interest. **Results and Discussion:** The results showed negative practices regarding planning, household organization and food choice, however, adequate in relation to the way of eating. There was a statistically significant association with sex, social type of residence, state of birth and residence before medical school, level of education of the head of the family and income. **Conclusion:** The findings of this study revealed inadequate food practices among medical students from the first period of the UFAC, predisposing them to the development of overweight and obesity throughout the course.

Keywords: Food Consumption. Food Practices. Students, Medical.

INTRODUÇÃO

A alimentação saudável é produto do consumo de macro e micronutrientes em qualidade e quantidade adequadas às necessidades energéticas e fisiológicas orgânicas individuais¹. As recomendações para hábitos balanceados descrevem uma dieta diversificada, constituída predominantemente por frutas, legumes, verduras, nozes, grãos, cereais e poucas quantidades de produtos de origem animal, açucarados e industrializados^{1, 2}. Este padrão alimentar saudável é um importante fator protetor para a prevenção da desnutrição, assim como de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como diabetes, doenças cardiovasculares e câncer^{1,3}.

No entanto, observa-se no Brasil uma tendência ao consumo exagerado de alimentos ultraprocessados, em detrimento dos alimentos naturais, decorrente sobretudo das transformações no contexto social e estilo de vida,

pronunciadas nas últimas décadas. Esta prática é marcada pelo alto consumo calórico e baixa oferta nutricional, favorecendo o ganho de peso e o desenvolvimento da obesidade^{1,3}. De acordo com o IBGE⁴, em 2019, cerca de 60% da população adulta brasileira estava acima do peso ideal ($IMC > 25 \text{ kg/m}^2$) e a obesidade na população com 20 anos ou mais dobrou percentualmente entre 2003 e 2019. Além disso, destaca-se que um em cada cinco adolescentes entre 15 e 17 anos já apresentava excesso de peso corporal e esta proporção saltava para um em cada três entre jovens de 18 a 24 anos, expondo a necessidade de atenção às práticas alimentares nesta faixa etária transicional.

Vale ressaltar que as práticas alimentares fazem parte do comportamento alimentar, o qual inicia sua formação logo ao nascimento. As características do consumo de alimentos nos primeiros anos de vida exercem, por meio de interações entre fatores genéticos

e ambientais, importante influência genômica que repercute na saúde e na determinação de hábitos alimentares na vida adulta⁵. Porém o comportamento envolve múltiplos aspectos, para Carneiro⁶, “o que se come é tão importante quanto quando se come, onde se come, como se come e com quem se come”, demonstrando que o comportamento está associado, dentre outros, a condicionantes sociais, emocionais, culturais, econômicos e loco regionais, sendo um componente modificável principalmente com relação ao tempo^{6, 7}.

Nesta perspectiva, o período de transição da adolescência para a idade adulta pode ser considerado crítico com relação aos hábitos alimentares, caracterizando-se como um momento de risco para o desenvolvimento de sobrepeso⁸. Esta fase coincide com o ingresso no ensino superior, e a análise dos impactos acadêmicos na vida dos universitários demonstra que a novidade deste ambiente se relaciona a diversos estressores, os quais influenciam práticas alimentares inadequadas^{9, 10}. Com relação aos acadêmicos da área da saúde, observa-se, ainda, que, embora sejam bem informados acerca da importância de uma alimentação saudável, a grande maioria não tem uma dieta equilibrada¹¹.

Desta forma, considerando os prejuízos na saúde gerados por uma alimentação inadequada, o excesso de peso corporal crescente entre os jovens e a influência da universidade sobre os hábitos alimentares, o objetivo deste estudo foi descrever as práticas alimentares de acadêmicos do primeiro período do curso de medicina de uma universidade federal no Norte do País.

MATERIAL E MÉTODO

ÁREA, POPULAÇÃO E DESENHO DO ESTUDO

O estado do Acre localiza-se na região Norte do Brasil e possuía no último censo em 2010 uma população de 733.559 habitantes, a qual é estimada em 906.876 em 2021¹². A Universidade Federal do Acre é a única universidade pública do estado e está sediada na capital, o município de Rio Branco. Este trabalho realizou uma coorte com estudantes de medicina da UFAC, que ingressaram no curso no primeiro e segundo semestres de 2019.

O curso de medicina é um dos 44 cursos de graduação ofertados pela UFAC, foi criado no ano de 2002 e atualmente contempla um processo seletivo de 40 vagas semestrais através do SISU. Uma característica muito marcante era a admissão de alunos de diversos estados do Brasil, porém em

2019 foi instituído um programa de bonificação de notas para os alunos que cursaram o ensino médio no estado do Acre e assim as turmas passaram a ser formadas predominantemente por acreanos. Foram convidados para participar da coorte todos os calouros do curso de medicina do ano de 2019, os quais faziam parte da vigésima terceira e vigésima quarta turmas do curso. O estudo incluiu todos os discentes que concordaram livremente em participar do estudo e estavam cursando a primeira graduação. Em acordo com os aspectos éticos estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Acre, segundo o parecer de número 3.285.747.

INSTRUMENTOS E COLETA DE DADOS

Os dados de interesse para o estudo foram coletados em uma entrevista individual realizada no início do primeiro semestre do curso de cada uma das turmas incluídas. As informações acerca do perfil demográfico e das condições socioeconômicas foram estruturadas em um questionário composto por dados como sexo, idade, estado civil, naturalidade, etnia, religião, descrição do domicílio e renda da família.

As questões acerca dos hábitos alimentares foram da Escala Guia Alimentar¹³, que verifica a frequência da escolha de determinados alimentos saudáveis e não saudáveis, o planejamento, a organização doméstica, bem como o modo de comer. Os itens eram direcionados aos participantes na forma de assertivas e suas respostas poderiam variar em quatro categorias: nunca, raramente, muitas vezes ou sempre, de acordo com a frequência de cada hábito. As análises foram realizadas com base na frequência das respostas.

ANÁLISE DE DADOS

Os dados obtidos foram digitados e analisados no *software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS 20). As quatro variáveis de resposta do questionário alimentar foram categorizadas em apenas duas, “nunca ou raramente” e “muitas vezes ou sempre”. Aplicou-se o teste do Qui-Quadrado de Pearson ou Teste Exato de Fisher na avaliação das variáveis em tabelas de contingência 2x2. Já a comparação das variáveis com mais de duas categorias foi realizada através do teste do Qui-Quadrado, utilizando a significância de Monte Carlo para a consideração do valor de p. O estudo admitiu o nível de significância de 5% para todas as análises.

RESULTADOS

Dentre os 80 acadêmicos convidados, 51 aceitaram participar da pesquisa, no entanto, 10 não compareceram à entrevista. Desta forma a coorte foi formada ao final por 41 acadêmicos, sendo 23 ingressantes do primeiro semestre e 18 do segundo semestre do ano em questão.

A tabela 1 descreve as características individuais, sociais e econômicas da população do estudo. A maior parte dos integrantes eram do sexo feminino (56,1%), com idade menor ou igual a 20 anos (68,3%). O estado civil de 97,6% dos acadêmicos era solteiro, e apenas um vivia em união estável. Com relação à naturalidade, pouco mais da metade (53,7%) eram acreanos, os demais nasceram em outros estados como Espírito Santo, Maranhão, Mato Grosso, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Rondônia e São Paulo, mas 65,9% já moravam no Acre antes de iniciar o curso de medicina.

Quanto à etnia, 53,7% eram pretos, pardos ou indígenas, 41,5% eram brancos

e o restante não declarado ou pertencente a outras etnias. Já em relação à religião, 43,9% e 39% dos alunos eram, respectivamente, católicos e de outras religiões, enquanto os demais declararam não ter nenhuma adesão religiosa.

No que diz respeito às condições socioeconômicas, 68,3% dos participantes residiam em casas, 29,3% em apartamentos e 2,4% em outro tipo de moradia. O imóvel da maioria era próprio (63,4%), 34,1% residiam de aluguel e 2,5% em imóvel cedido. Mais de dois terços dos estudantes (73,1%) moravam com algum parente ou familiar, 17,1% moravam sozinhos e os demais com amigos ou em repúblicas. A escolaridade do chefe da família de 56,8% era até o ensino médio completo, enquanto do restante era ensino superior completo ou pós-graduação e pouco mais da metade (56,1%) possuía renda familiar superior a dez salários mínimos.

Tabela 1. Características dos acadêmicos do primeiro período de medicina da Universidade Federal do Acre, 2019.

VARIÁVEIS	FREQUÊNCIA		TOTAL	
	n	%	N	%
SEXO			41	100,0
Masculino	18	43,9		
Feminino	23	56,1		
IDADE			41	100,0
=< 20 anos	28	68,3		
> 20 anos	13	31,7		
ESTADO CIVIL			41	100,0

Solteiro	40	97,6		
União Estável	1	2,4		
ESTADO EM QUE NASCEU			41	100,0
AC	22	53,7		
Outros Estados	19	46,3		
ESTADO EM QUE MORAVA ANTES DE CURSAR DE MEDICINA			41	100,0
AC	27	65,9		
Outros Estados	14	34,1		
ETNIA			41	100,0
Branca	17	41,5		
Pretos, Pardos e Indígenas	22	53,7		
Demais Etnias/Não Declarados	2	4,9		
RELIGIÃO			41	100,0
Católica	18	43,9		
Outras	16	39,0		
Nenhuma	7	17,1		
TIPO DE MORADIA			41	100,0
Casa	28	68,3		
Apartamento	12	29,3		
Outro tipo de moradia	1	2,4		
CONDIÇÃO SOCIAL DE MORADIA			41	100,0
Próprio	26	63,4		
Alugado	14	34,1		
Outros	1	2,5		
TIPO SOCIAL DE RESIDÊNCIA			41	100,0
Com Algum Parente/Familiar	30	73,1		
Sozinho	7	17,1		
Com Amigos/República	4	9,8		
ESCOLARIDADE DO CHEFE DA FAMÍLIA			37	90,24
Até ensino médio completo	21	56,8		
Ensino superior ou pós-graduação	16	43,2		
RENDA TOTAL DA FAMÍLIA EM SALÁRIOS MÍNIMOS			41	100,0
Até 10 Salários mínimos	18	43,9		
> 10 Salários mínimos	23	56,1		

As frequências relativas às práticas alimentares dos acadêmicos estão apresentadas na tabela 2. Frutas, castanhas (68,3%), verduras e legumes, tanto de produção local (60,5%), quanto

orgânicos (62,5%) eram raramente ou nunca consumidos pelos estudantes e 68,2% quase nunca compravam os alimentos em feiras livres ou de rua. A maioria também não tinha o hábito ou

raramente planejava as refeições do dia (71,8%) e levava algum alimento consigo (57,5%). O consumo de frutas no café da manhã (70,7%), o uso de farinha integral para o preparo de alimentos em casa (80,5%), bem como a substituição de feijão por lentilha ou grão-de-bico (87,8%) aconteciam poucas vezes ou nunca ocorriam.

Com relação ao preparo e realização das refeições, mais da metade, (53,7%) não participavam ou participavam em poucos momentos do preparo de alimentos em casa e assim também (56,1%) em relação ao compartilhamento das tarefas de preparo de alimentos em casa. Cerca de 63,4% afirmaram realizar as refeições com calma e 97,6% disseram realizá-las sentados à mesa muitas vezes ou sempre. Por conseguinte, 57,5% e 80,0% disseram raramente ou nunca

fazerem as refeições na mesa de trabalho ou estudo e sentado no sofá da sala ou cama, respectivamente.

O consumo de balas, chocolates ou guloseimas (58,5%) assim como a adição de açúcar no café ou chá (63,4%) ocorria muitas vezes ou sempre dentre os acadêmicos. No entanto, a maior parte destes raramente ou nunca bebiam sucos industrializados (83,0%), refrigerantes (73,0%), tinham o hábito de beliscar entre as refeições (60,0%), frequentavam *fast-foods* e lanchonetes (58,5%) e trocavam a comida do almoço ou jantar por sanduíches, salgados e/ou pizzas (65,8%). Além disso, também usavam o horário das refeições para resolver outras coisas, deixando de comer (77,5%) e costumavam pular pelo menos o almoço ou o jantar (78,0%) poucas vezes.

Tabela 2. Frequência das práticas alimentares dos acadêmicos do primeiro período de medicina da Universidade Federal do Acre, 2019.

VARIÁVEIS	FREQUÊNCIA				
	Nunca/Raramente			Muitas vezes/Sempre	
	N	n	%	n	%
Consome frutas ou castanhas no lanche.	41	28	68,3	13	31,7
Consome frutas, verduras e legumes de produção local.	38	23	60,5	15	39,5
Consome frutas, verduras e legumes orgânicos.	40	25	62,5	15	37,5
Leva alimento consigo para o caso de sentir fome ao longo do dia.	40	23	57,5	17	42,5
Planeja as refeições do dia.	39	28	71,8	11	28,2
Costuma trocar o feijão por ervilha, lentilha ou grão-de-bico.	41	36	87,8	05	12,2
Costuma usar farinha integral em casa.	41	33	80,5	08	19,5
Costuma comer fruta no café da manhã.	41	29	70,7	12	29,2

Costuma fazer as refeições sentado(a) à mesa	41	01	2,4	40	97,6
Realiza as refeições com calma.	41	15	36,6	26	63,4
Participa do preparo de alimentos em casa.	41	22	53,7	19	46,3
Compartilha as tarefas de preparo de alimentos em casa.	41	23	56,1	18	43,9
Costuma comprar alimentos em feiras livres ou de rua.	41	28	68,2	13	31,8
Usa o horário das refeições para resolver outras coisas e deixa de comer.	41	31	77,5	09	22,5
Faz as refeições na mesa de trabalho ou estudo.	40	23	57,5	17	42,5
Faz as refeições sentado(a) no sofá da sala ou cama.	40	32	80,0	08	20,0
Costuma pular pelo menos uma das refeições principais (almoço e jantar).	41	32	78,0	09	22,0
Costuma comer balas, chocolates ou guloseimas.	41	17	41,5	24	58,5
Costuma beber sucos industrializados.	41	34	83,0	07	17,0
Frequenta <i>fast-foods</i> ou lanchonetes.	41	24	58,5	17	41,5
Tem o hábito de beliscar entre as refeições.	40	24	60,0	16	40,0
Costuma beber refrigerante.	41	30	73,2	11	26,8
Troca a comida do almoço ou jantar por sanduíches, salgados e/ou pizza.	41	27	65,8	14	34,2
Coloca açúcar no café ou chá.	41	14	36,6	26	63,4

Houve associação entre o sexo masculino e consumo infrequente de frutas ou castanhas no lanche ($p = 0,018$), os homens também quase nunca levavam algum alimento consigo para o caso de sentir fome ao longo do dia ($p = 0,054$), assim como consumiam balas, chocolates ou guloseimas ($p = 0,000$) menos vezes que as mulheres, conforme observado na tabela 3.

Os acadêmicos que moravam sozinhos consumiam frutas, verduras e legumes

orgânicos mais frequentemente ($p = 0,013$) do que aqueles que moravam em repúblicas ou com a família. Já os que moravam em república raramente ou nunca faziam as refeições com calma ($p = 0,037$) e sempre participavam do preparo de alimentos em casa ($p = 0,007$) (tabela 3). Na tabela 4, observa-se que este hábito de preparar as refeições também era mais comum entre os discentes que moravam fora do estado antes de cursar medicina ($p = 0,026$), do que entre aqueles que já residiam no Acre.

Tabela 3. Características das práticas alimentares dos acadêmicos do primeiro período de medicina da Universidade Federal do Acre, segundo sexo e tipo social de residência, 2019.

VARIÁVEIS	FREQUÊNCIA											
	SEXO					TIPO SOCIAL DE RESIDÊNCIA						
	Feminino		Masculino		valor de p	Sozinho		República		Família/parentes		
n	%	n	%	n		%	n	%	n	%	valor de p	
CONSUME FRUTAS OU CASTANHAS NO LANCHE												
Nunca/Raramente	12	52,2	16	88,9	0,018*	4	44,4	2	66,7	22	75,9	0,228***
Muitas vezes/Sempre	11	47,8	2	11,1		5	55,6	1	33,3	7	24,1	
CONSUME FRUTAS, VERDURAS E LEGUMES DE PRODUÇÃO LOCAL												
Nunca/Raramente	13	61,9	10	58,8	1,000*	3	33,3	3	100	17	65,4	0,103***
Muitas vezes/Sempre	8	38,1	7	41,2		6	66,7	0	0,0	9	34,6	
CONSUME FRUTAS, VERDURAS E LEGUMES ORGÂNICOS												
Nunca/Raramente	12	52,2	13	76,5	0,187*	2	22,2	2	66,7	21	75,0	0,013***
Muitas vezes/Sempre	11	47,8	4	23,5		7	77,8	1	33,3	7	25,0	
LEVA ALIMENTO CONSIGO PARA O CASO DE SENTIR FOME AO LONGO DO DIA												
Nunca/Raramente	10	43,5	13	76,5	0,054*	3	37,5	1	33,3	19	65,5	0,272***
Muitas vezes/Sempre	13	56,5	4	23,5		5	62,5	2	66,7	10	34,5	
PLANEJA AS REFEIÇÕES DO DIA												
Nunca/Raramente	16	72,2	12	70,6	1,000**	6	66,7	3	100	19	70,4	0,718***
Muitas vezes/Sempre	6	27,3	5	29,4		3	33,3	0	0	8	29,6	
COSTUMA TROCAR O FEIJÃO POR ERVILHA, LENTILHA OU GRÃO-DE-BICO												
Nunca/Raramente	19	82,6	17	94,4	0,363**	7	77,8	3	100	26	89,7	0,715***
Muitas vezes/Sempre	4	17,4	1	5,6		2	22,2	0	0	3	10,3	
COSTUMA USAR FARINHA INTEGRAL EM CASA												
Nunca/Raramente	19	82,6	14	77,8	0,713**	8	88,9	2	66,7	23	79,3	0,864***
Muitas vezes/Sempre	4	17,4	4	22,2		1	11,1	1	33,3	6	20,7	
COSTUMA COMER FRUTA NO CAFÉ DA MANHÃ												
Nunca/Raramente	18	78,3	11	61,1	0,307*	6	66,7	2	66,7	21	72,4	1,000***
Muitas vezes/Sempre	5	21,7	7	38,9		3	33,3	1	33,3	8	27,6	

COSTUMA FAZER AS REFEIÇÕES SENTADO(A) À MESA

Nunca/Raramente	1	4,3	0	0	1,000**	0	0	0	0	1	3,4	1,000***
Muitas vezes/Sempre	22	95,7	18	100		9	100	3	100	28	96,6	

REALIZA AS REFEIÇÕES COM CALMA

Nunca/Raramente	8	34,8	7	38,9	1,000**	4	44,4	3	100	8	27,6	0,037***
Muitas vezes/Sempre	15	65,2	11	61,1		5	55,6	0	0	21	72,4	

PARTICIPA DO PREPARO DE ALIMENTOS EM CASA

Nunca/Raramente	13	56,5	9	50,0	0,758*	2	22,2	0	0	20	69,0	0,007***
Muitas vezes/Sempre	10	43,5	9	50,0		7	77,8	3	100	9	31,0	

COMPARTILHA AS TAREFAS DE PREPARO DE ALIMENTOS EM CASA

Nunca/Raramente	13	56,5	10	55,6	1,000*	3	33,3	2	66,7	18	62,1	0,428***
Muitas vezes/Sempre	10	43,5	8	44,4		6	66,7	1	33,3	11	37,9	

COSTUMA COMPRAR ALIMENTOS EM FEIRAS LIVRES OU DE RUA

Nunca/Raramente	15	65,2	13	72,2	0,742*	6	66,7	3	100	19	65,5	0,645***
Muitas vezes/Sempre	8	34,8	5	27,8		3	33,3	0	0	10	34,5	

USA O HORÁRIO DAS REFEIÇÕES PARA RESOLVER OUTRAS COISAS E DEIXA DE COMER

Nunca/Raramente	18	81,8	13	72,2		6	66,7	2	66,7	23	82,1	0,359***
Muitas vezes/Sempre	5	27,8	4	18,2	0,705**	3	33,3	1	33,3	5	17,9	

FAZ AS REFEIÇÕES NA MESA DE TRABALHO OU ESTUDO

Nunca/Raramente	11	50,0	12	66,7	0,348*	4	44,4	2	66,7	17	60,7	0,767***
Muitas vezes/Sempre	11	50,0	6	33,3		5	55,6	1	33,3	11	39,3	

FAZ AS REFEIÇÕES SENTADO (A) NO SOFÁ DA SALA OU CAMA

Nunca/Raramente	19	86,4	13	72,2	0,430**	8	88,9	2	66,7	22	78,6	0,867***
Muitas vezes/Sempre	3	13,6	5	27,8		1	11,1	1	33,3	6	21,4	

COSTUMA PULAR PELO MENOS UMA DAS REFEIÇÕES PRINCIPAIS (ALMOÇO E JANTAR)

Nunca/Raramente	18	78,3	14	77,8	1,000**	6	66,7	3	100	23	79,3	0,491***
Muitas vezes/Sempre	5	21,7	4	22,2		3	33,3	0	0	6	20,7	

COSTUMA COMER BALAS, CHOCOLATES OU GULOSEIMAS

Nunca/Raramente	3	13,0	14	77,8	0,000*	2	22,2	1	33,3	14	48,3	0,446***
Muitas vezes/Sempre	20	87,0	4	22,2		7	77,8	2	66,7	15	51,7	

COSTUMA BEBER SUCOS INDUSTRIALIZADOS

Nunca/Raramente	20	87,0	14	77,8	0,679**	8	88,9	3	100	23	79,3	1,000***
-----------------	----	------	----	------	---------	---	------	---	-----	----	------	----------

Muitas vezes/Sempre	3	13,0	4	22,2		1	11,1	0	0	6	20,7	
FREQUENTA FAST-FOODS OU LANCHONETES												
Nunca/Raramente	11	47,8	13	72,2	0,201*	5	55,6	2	66,7	17	58,6	1,000***
Muitas vezes/Sempre	12	52,2	5	27,8		4	44,4	1	33,3	12	41,4	
TEM O HÁBITO DE BELISCAR ENTRE AS REFEIÇÕES												
Nunca/Raramente	11	50,0	13	72,2	0,203*	5	55,6	2	66,7	17	60,7	1,000***
Muitas vezes/Sempre	11	50,0	5	27,8		4	44,4	1	33,3	11	39,3	
COSTUMA BEBER REFRIGERANTE												
Nunca/Raramente	16	69,6	14	77,8	0,726**	7	77,8	3	100	20	69,0	0,610***
Muitas vezes/Sempre	7	30,4	4	22,2		2	22,2	0	0	9	31,0	
TROCA A COMIDA DO ALMOÇO OU JANTAR POR SANDUÍCHES, SALGADOS E/OU PIZZA												
Nunca/Raramente	15	65,9	12	66,7	1,000**	7	77,8	2	66,7	18	62,1	0,755***
Muitas vezes/Sempre	8	34,8	6	30,4		2	22,2	1	33,3	11	37,9	
COLOCA AÇÚCAR NO CAFÉ OU CHÁ												
Nunca/Raramente	6	26,1	9	50,0	0,191*	3	33,3	2	66,7	10	34,5	0,647***
Muitas vezes/Sempre	17	73,9	9	50,0		6	66,7	1	33,3	19	65,5	

*Teste do Qui-quadrado de Pearson; ** Teste Exato de Fisher; ***Significância de Monte Carlo

Verificou-se ainda que os participantes que nasceram no Acre não tinham o hábito de levar alimento consigo para o caso de sentir fome ao longo do dia ($p = 0,053$), bem como de usar de farinha integral em casa ($p = 0,016$), no entanto

frequentemente trocavam a comida do almoço ou jantar por sanduíches, salgados e/ou pizza ($p = 0,046$) e colocavam açúcar no café ($p = 0,047$) (tabela 4).

Tabela 4. Características das práticas alimentares dos acadêmicos do primeiro período de medicina da Universidade Federal do Acre, estado em que nasceu e estado em que morava antes de cursar medicina, 2019.

VARIÁVEIS	FREQUÊNCIA									
	ESTADO EM QUE NASCEU					ESTADO EM QUE MORAVA ANTES				
	Acre		Outros		valor de p	Acre		Outros		valor de p
n	%	n	%	n		%	n	%		
CONSOME FRUTAS OU CASTANHAS NO LANCHE										
Nunca/Raramente	17	77,3	11	57,9	0,313*	20	74,1	8	57,1	0,307**

Muitas vezes/Sempre	5	22,7	8	42,1		7	25,9	6	42,9	
CONSOME FRUTAS, VERDURAS E LEGUMES DE PRODUÇÃO LOCAL										
Nunca/Raramente	13	65,0	10	55,6	0,741*	15	60,0	8	61,5	1,000*
Muitas vezes/Sempre	7	35,0	8	44,4		10	40,0	5	38,0	
CONSOME FRUTAS, VERDURAS E LEGUMES ORGÂNICOS										
Nunca/Raramente	15	68,2	10	55,6	0,412*	18	69,2	7	50,0	0,310*
Muitas vezes/Sempre	7	31,8	8	44,4		8	30,8	7	50,0	
LEVA ALIMENTO CONSIGO PARA O CASO DE SENTIR FOME AO LONGO DO DIA										
Nunca/Raramente	16	72,7	7	38,9	0,053*	17	63,0	6	42,2	0,496*
Muitas vezes/Sempre	6	27,3	11	61,1		10	37,0	7	53,8	
PLANEJA AS REFEIÇÕES DO DIA										
Nunca/Raramente	16	76,2	12	66,7	0,723*	19	73,1	9	69,2	1,000**
Muitas vezes/Sempre	5	23,8	6	33,3		7	26,9	4	30,8	
COSTUMA TROCAR O FEIJÃO POR ERVILHA, LENTILHA OU GRÃO-DE-BICO										
Nunca/Raramente	21	95,5	15	78,9	0,164**	24	88,9	12	85,7	1,000**
Muitas vezes/Sempre	1	4,5	4	21,1		3	11,1	2	14,3	
COSTUMA USAR FARINHA INTEGRAL EM CASA										
Nunca/Raramente	21	95,5	12	63,2	0,016**	24	88,9	9	64,3	0,097**
Muitas vezes/Sempre	1	4,5	7	36,8		3	11,1	5	35,7	
COSTUMA COMER FRUTA NO CAFÉ DA MANHÃ										
Nunca/Raramente	17	77,3	12	63,2	0,493*	21	77,8	8	57,1	0,278**
Muitas vezes/Sempre	5	22,7	7	36,8		6	22,2	6	42,9	
COSTUMA FAZER AS REFEIÇÕES SENTADO(A) À MESA										
Nunca/Raramente	0	0	1	5,3	0,463**	1	3,7	0	0	1,000**
Muitas vezes/Sempre	22	100	18	94,7		26	96,3	14	100	
REALIZA AS REFEIÇÕES COM CALMA										
Nunca/Raramente	5	22,7	10	52,6	0,060*	8	29,6	7	50,0	0,306*
Muitas vezes/Sempre	17	77,3	9	47,4		19	70,4	7	50,0	
PARTICIPA DO PREPARO DE ALIMENTOS EM CASA										
Nunca/Raramente	15	68,2	7	36,8	0,063*	18	66,7	4	28,6	0,026**
Muitas vezes/Sempre	7	31,8	12	63,2		9	33,3	10	71,4	
COMPARTILHA AS TAREFAS DE PREPARO DE ALIMENTOS EM CASA										

Nunca/Raramente	14	63,6	9	47,4	0,355*	17	63,0	6	42,9	0,322*
Muitas vezes/Sempre	8	36,4	10	52,6		10	37,0	8	57,1	
COSTUMA COMPRAR ALIMENTOS EM FEIRAS LIVRES OU DE RUA										
Nunca/Raramente	14	63,6	14	73,7	0,524*	17	63,0	11	78,6	0,481**
Muitas vezes/Sempre	8	36,4	5	26,3		10	37,0	3	21,4	
USA O HORÁRIO DAS REFEIÇÕES PARA RESOLVER OUTRAS COISAS E DEIXA DE COMER										
Nunca/Raramente	17	77,3	14	77,8	1,000**	20	76,9	11	78,6	1,000**
Muitas vezes/Sempre	5	22,7	4	22,2		6	23,1	3	21,4	
FAZ AS REFEIÇÕES NA MESA DE TRABALHO OU ESTUDO										
Nunca/Raramente	13	59,1	10	55,6	1,000*	15	55,6	8	61,5	0,748*
Muitas vezes/Sempre	9	40,9	8	44,4		12	44,4	5	38,5	
FAZ AS REFEIÇÕES SENTADO (A) NO SOFÁ DA SALA OU CAMA										
Nunca/Raramente	16	76,2	16	84,2	0,698**	19	73,1	13	92,9	0,222**
Muitas vezes/Sempre	5	23,8	3	15,8		7	26,9	1	7,1	
COSTUMA PULAR PELO MENOS UMA DAS REFEIÇÕES PRINCIPAIS (ALMOÇO E JANTAR)										
Nunca/Raramente	17	73,3	15	78,9	1,000**	21	77,8	11	78,6	1,000**
Muitas vezes/Sempre	5	22,7	4	21,1		6	22,2	3	21,4	
COSTUMA COMER BALAS, CHOCOLATES OU GULOSEIMAS										
Nunca/Raramente	11	50,0	6	31,6	0,342*	12	44,4	5	35,7	0,742*
Muitas vezes/Sempre	11	50,0	13	68,4		15	55,6	9	64,3	
COSTUMA BEBER SUCOS INDUSTRIALIZADOS										
Nunca/Raramente	19	86,4	15	78,9	0,685**	21	77,8	13	98,9	0,389**
Muitas vezes/Sempre	3	13,6	4	21,4		6	22,2	1	7,1	
FREQUENTA <i>FAST-FOODS</i> OU LANCHONETES										
Nunca/Raramente	12	54,5	12	63,2	0,752*	15	55,6	9	64,3	0,742*
Muitas vezes/Sempre	10	45,5	7	36,8		12	44,4	5	35,7	
TEM O HÁBITO DE BELISCAR ENTRE AS REFEIÇÕES										
Nunca/Raramente	14	66,7	10	52,6	0,520*	15	57,7	9	64,3	0,746*
Muitas vezes/Sempre	7	33,3	9	47,4		11	42,3	5	35,7	
COSTUMA BEBER REFRIGERANTE										
Nunca/Raramente	16	72,7	14	73,7	1,000*	18	66,7	12	85,7	0,275**
Muitas vezes/Sempre	6	27,3	5	26,3		9	33,3	2	14,3	
TROCA A COMIDA DO ALMOÇO OU JANTAR POR SANDUÍCHES, SALGADOS E/OU PIZZA										

Nunca/Raramente	11	50,0	16	84,2	0,046*	15	55,6	12	85,7	0,084**
Muitas vezes/Sempre	11	50,0	3	15,8		12	44,4	2	14,3	
COLOCA AÇÚCAR NO CAFÉ OU CHÁ										
Nunca/Raramente	5	22,7	10	52,6	0,047*	9	33,3	6	42,9	0,734*
Muitas vezes/Sempre	17	77,3	9	47,7		18	66,7	8	57,1	

*Teste do Qui-quadrado de Pearson; ** Teste Exato de Fisher; ***Significância de Monte Carlo

Por fim, observou-se na tabela 5 que o chefe da família possuir escolaridade até o ensino médio completo esteve relacionado ao acadêmico usar o horário das refeições para resolver outras coisas ($p = 0,011$). Ademais, a renda familiar menor do que dez salários mínimos se

associou ao raro planejamento das refeições do dia ($p = 0,037$), enquanto a renda superior foi atribuída ao uso habitual de farinha integral em casa ($p = 0,050$) e de substituir o feijão por ervilha, lentilha ou grão de bico ($p = 0,051$).

Tabela 5. Características das práticas alimentares dos acadêmicos do primeiro período de medicina da Universidade Federal do Acre, segundo escolaridade do chefe da família e renda, 2019.

VARIÁVEIS	FREQUÊNCIA									
	ESCOLARIDADE DO CHEFE DA FAMÍLIA					RENDA				
	Até E.M. Comp.		E.S. ou Pós-Grad.			Até 10 SM		Mais de 10 SM		
	n	%	n	%	valor de p	n	%	n	%	valor de p
CONSOME FRUTAS OU CASTANHAS NO LANCHE										
Nunca/Raramente	15	75,0	8	53,3	0,181*	14	73,7	14	63,6	0,524*
Muitas vezes/Sempre	5	25,0	7	46,7		5	26,3	8	36,4	
CONSOME FRUTAS, VERDURAS E LEGUMES DE PRODUÇÃO LOCAL										
Nunca/Raramente	11	57,9	8	57,1	1,000*	14	73,3	9	47,4	0,184*
Muitas vezes/Sempre	8	42,1	6	42,9		5	26,3	10	52,6	
CONSOME FRUTAS, VERDURAS E LEGUMES ORGÂNICOS										
Nunca/Raramente	13	65,0	7	46,7	0,321*	12	63,2	13	61,9	1,000*
Muitas vezes/Sempre	7	35,0	8	53,3		7	36,8	8	38,1	
LEVA ALIMENTO CONSIGO PARA O CASO DE SENTIR FOME AO LONGO DO DIA										
Nunca/Raramente	12	60,0	8	57,1	1,000*	11	61,1	12	54,5	0,755*
Muitas vezes/Sempre	8	40,0	6	42,9		7	38,9	10	45,5	

PLANEJA AS REFEIÇÕES DO DIA

Nunca/Raramente	15	78,9	10	66,7	0,462**	16	88,9	12	57,1	0,037*
Muitas vezes/Sempre	4	21,1	5	33,3		2	11,1	9	42,9	

COSTUMA TROCAR O FEIJÃO POR ERVILHA, LENTILHA OU GRÃO-DE-BICO

Nunca/Raramente	18	90,0	13	86,7	1,000**	19	100	17	77,3	0,051**
Muitas vezes/Sempre	2	10,0	2	13,3		0	0	5	22,7	

COSTUMA USAR FARINHA INTEGRAL EM CASA

Nunca/Raramente	19	95,0	10	66,7	0,064**	18	94,7	15	68,2	0,050**
Muitas vezes/Sempre	1	5,0	5	33,3		1	5,3	7	31,8	

COSTUMA COMER FRUTA NO CAFÉ DA MANHÃ

Nunca/Raramente	15	75,0	9	60,0	0,467**	14	73,7	15	68,2	0,744*
Muitas vezes/Sempre	5	25,0	6	40,0		5	26,3	7	31,8	

COSTUMA FAZER AS REFEIÇÕES SENTADO(A) À MESA

Nunca/Raramente	1	5,0	0	0	1,000**	0	0	1	4,5	1,000**
Muitas vezes/Sempre	19	95,0	15	100		19	100	21	95,5	

REALIZA AS REFEIÇÕES COM CALMA

Nunca/Raramente	10	50,0	3	20,0	0,089*	8	42,1	7	31,8	0,533*
Muitas vezes/Sempre	10	50,0	12	80,0		11	57,9	15	68,2	

PARTICIPA DO PREPARO DE ALIMENTOS EM CASA

Nunca/Raramente	8	40,0	8	53,3	0,506*	8	42,1	14	63,6	0,217*
Muitas vezes/Sempre	12	60,0	7	46,7		11	57,9	8	36,4	

COMPARTILHA AS TAREFAS DE PREPARO DE ALIMENTOS EM CASA

Nunca/Raramente	12	60,0	6	40,0	0,315*	10	52,6	13	59,1	0,758*
Muitas vezes/Sempre	8	40,0	9	60,0		9	47,4	9	40,9	

COSTUMA COMPRAR ALIMENTOS EM FEIRAS LIVRES OU DE RUA

Nunca/Raramente	12	60,0	11	73,3	0,489*	15	78,9	13	59,1	0,200*
Muitas vezes/Sempre	8	40,0	4	26,7		4	21,1	9	40,9	

USA O HORÁRIO DAS REFEIÇÕES PARA RESOLVER OUTRAS COISAS E DEIXA DE COMER

Nunca/Raramente	12	60,0	14	100	0,011**	14	73,7	17	81,0	0,712**
Muitas vezes/Sempre	8	40,0	0	0		5	26,3	4	19,0	

FAZ AS REFEIÇÕES NA MESA DE TRABALHO OU ESTUDO

Nunca/Raramente	9	45,0	10	66,7	0,306*	11	57,9	12	57,1	1,000*
Muitas vezes/Sempre	11	55,0	5	33,3		8	42,1	9	42,9	

FAZ AS REFEIÇÕES SENTADO(A) NO SOFÁ DA SALA OU CAMA

Nunca/Raramente	15	75,0	12	85,7	0,672**	17	89,5	15	71,4	0,241**
Muitas vezes/Sempre	5	25,0	2	14,3		2	10,5	6	28,6	

COSTUMA PULAR PELO MENOS UMA DAS REFEIÇÕES PRINCIPAIS (ALMOÇO E JANTAR)

Nunca/Raramente	14	70,0	13	86,7	0,419**	15	78,9	17	77,3	1,000**
Muitas vezes/Sempre	6	30,0	2	13,3		4	21,1	5	22,7	

COSTUMA COMER BALAS, CHOCOLATES OU GULOSEIMAS

Nunca/Raramente	9	45,0	5	33,3	0,728**	10	52,6	7	31,8	0,216*
Muitas vezes/Sempre	11	55,0	10	66,7		9	47,4	15	68,2	

COSTUMA BEBER SUCOS INDUSTRIALIZADOS

Nunca/Raramente	15	75,0	14	93,3	0,207**	16	84,2	18	81,8	1,000**
Muitas vezes/Sempre	5	25,0	1	6,7		3	15,8	4	18,2	

FREQUENTA *FAST-FOODS* OU LANCHONETES

Nunca/Raramente	11	55,0	10	66,7	0,728*	13	68,4	11	50,0	0,342*
Muitas vezes/Sempre	9	45,0	5	33,3		6	31,6	11	50,0	

TEM O HÁBITO DE BELISCAR ENTRE AS REFEIÇÕES

Nunca/Raramente	12	63,2	9	60,0	1,000***	12	66,7	12	54,5	0,526*
Muitas vezes/Sempre	7	36,8	6	40,0		6	33,3	10	45,5	

COSTUMA BEBER REFRIGERANTE

Nunca/Raramente	14	70	12	80	0,700**	15	78,9	15	68,2	0,499*
Muitas vezes/Sempre	6	30	3	20		4	21,1	7	31,8	

TROCA A COMIDA DO ALMOÇO OU JANTAR POR SANDUÍCHES, SALGADOS E/OU PIZZA

Nunca/Raramente	13	65,0	11	73,3	0,721**	11	57,9	16	72,7	0,346*
Muitas vezes/Sempre	7	35,0	4	26,7		8	42,1	6	27,3	

COLOCA AÇÚCAR NO CAFÉ OU CHÁ

Nunca/Raramente	7	35,0	5	33,3	1,000**	6	31,6	9	40,9	0,746*
Muitas vezes/Sempre	13	65,0	10	66,7		13	68,4	13	59,1	

*Teste do Qui-quadrado de Pearson; ** Teste Exato de Fisher; ***Significância de Monte Carlo

DISCUSSÃO

A análise da conduta alimentar dos acadêmicos do primeiro período de medicina da UFAC revelou práticas positivas no que diz respeito ao modo,

local e frequência da realização das refeições. No entanto, a qualidade alimentar demonstrou-se desbalanceada, pois embora o consumo de alimentos não saudáveis, como *fast-foods* e bebidas

industrializadas fosse raro, o consumo de alimentos saudáveis era insuficiente, considerando a recomendação da OMS² para o consumo de 3 porções de frutas e 2 porções de legumes e verduras diariamente. A ingestão diária destes alimentos, além de fornecer micronutrientes essenciais, é uma importante fonte de fibras, as quais são benéficas para o funcionamento intestinal e estão associadas à prevenção de DCNT¹⁴.

O baixo consumo de frutas, legumes e verduras também foi observado por outros autores^{15,16}. Ramalho e colaboradores¹⁷ evidenciaram resultados semelhantes em sua pesquisa com estudantes de outros cursos da mesma universidade, e esta situação segue a tendência regional¹⁸. Fatores como a influência da família e a renda podem influenciar na escolha alimentar¹⁹, pois o preço elevado de frutas e verduras dificulta o acesso destes alimentos para os estudantes²⁰. Esta relação entre maior consumo de frutas e hortaliças pelas classes sociais mais altas, é evidenciada por outros estudos^{17,21}.

Ainda, o menor consumo de frutas e castanhas no lanche pelos homens já foi evidenciado por outros autores^{22, 23}. A predominância desta prática no sexo feminino pode estar associada com a maior preocupação das mulheres em

manter uma alimentação saudável e equilibrada em comparação aos homens²⁴. Essa hipótese é reforçada pelo hábito de as mulheres carregar consigo algum alimento para comer no decorrer do dia, descrito como uma conduta saudável²⁵.

Por outro lado, neste estudo as acadêmicas consumiram mais balas e chocolates, que também está de acordo com estudos prévios que mostraram o perfil de preferência de doces pelo sexo feminino²¹. As mulheres consomem mais chocolate como fonte de relaxamento em situações de estresse, de acordo com Smith e Menandro²⁶, que constataram este aumento em situações estressantes como ciclo menstrual, enfrentamento de problemas e dificuldades em relacionamentos afetivos.

Com relação ao tipo social de residência, a prevalência do consumo de frutas, verduras e legumes orgânicos entre os acadêmicos que residiam sozinhos, sugere associação com a renda²⁷, considerando que os acadêmicos que moram sós tendem a possuir uma renda maior do que os que moram em república ou com a família. Andrade e Bertoldi²⁸ demonstraram em seu estudo que os principais fatores que influenciam na escolha de orgânicos são, respectivamente preço, qualidade e oferta regular. Da mesma forma, Ferreira e

Coelho²⁹ relataram que a renda é o fator mais decisivo na opção por orgânicos, devido ao elevado custo dos produtos.

De acordo com Alves e Boog¹⁵, antes do ingresso na universidade, a tarefa de preparar os alimentos em casa em geral é de responsabilidade de outra pessoa, e para muitos estudantes a vida acadêmica representa o primeiro momento de assumir os cuidados com a própria alimentação. Desta forma, os achados do presente estudo sugerem que os estudantes procedentes de outros estados, dentre os quais, alguns residentes em repúblicas, necessitavam assumir a tarefa do preparo das refeições mais frequentemente do que os que residiam no Acre e aqueles que moravam sozinhos ou com a família, devido à ausência do grupo familiar.

Ademais, destaca-se também que os acadêmicos que residiam em república realizavam as refeições com pressa, em contraste com os que moravam em outros tipos sociais de domicílio, sugerindo forte relação com a questão discutida anteriormente, tendo em vista que a função de preparo de alimentos exige tempo e assim influencia a disponibilidade do estudante para realização de outras atividades¹⁵, podendo ter interferido no modo em que a refeição era realizada.

Além disso, conforme discutido anteriormente, o fato de os acadêmicos

que nasceram no Acre participarem menos do preparo dos alimentos em casa, parece refletir no hábito de não levarem nenhum alimento consigo para o consumir ao longo do dia, tendo em vista que esta prática saudável envolve o planejamento e o preparo de alimentos²⁵. A troca do almoço ou jantar por sanduíches, salgados ou pizza é muito comum entre os estudantes de medicina³⁰ e sua maior frequência possivelmente relaciona-se com a renda, pois os lanches são mais econômicos do que as refeições completas. Costa e colaboradores³¹ identificaram que as cantinas eram preferíveis aos restaurantes para a alimentação fora de casa de universitários devido ao preço, corroborando o pressuposto.

Da mesma forma, os estudantes de medicina costumam beber muito café³⁰, comprado principalmente nas cantinas da universidade, onde é comum que a bebida seja adoçada com açúcar já durante o preparo. O consumo de açúcar deve ser no máximo 10% do consumo energético total², segundo a Pesquisa de Orçamentos Familiares de 2008-2009¹⁸, o Norte é a região que menos consome açúcar livre e de adição. Assim supõe-se que o hábito de acrescentar açúcar ao café ou chá, está relacionado aos hábitos culturais do modo de consumo destas bebidas.

Com relação à escolha de alimentos integrais por universitários, Siquieri e colaboradores³² demonstraram que os principais fatores de influência são o sabor, a qualidade nutricional e o preço, mas o consumo de farinha integral foi maior naqueles com renda superior a dez salários mínimos. Isso pode explicar o menor consumo de farinha integral pelos Acreanos em comparação aos estudantes de outros estados, tanto pela questão da renda como por questões culturais. Da mesma forma, a renda esteve associada ao planejamento mais frequente das refeições do dia, sugerindo que os acadêmicos que possuem renda superior a dez salários mínimos, preocupam-se mais com a alimentação do que aqueles que possuem renda inferior.

Além disso, os acadêmicos que possuíam renda familiar superior a dez salários mínimos consumiam mais ervilha, lentilha ou grão-de-bico em substituição ao feijão, o que demonstra que a maior renda permite a escolha destes alimentos, que têm preços superiores ao feijão. O fato de que acadêmicos que pertenciam a famílias em que a escolaridade do chefe era até o ensino médio completo deixavam de comer na hora do almoço por usar o horário para resolver outros assuntos, sugere que questões familiares podem afetar as práticas alimentares.

Estudos prévios já demonstraram a suscetibilidade dos acadêmicos a assumirem hábitos alimentares ruins mediante o ingresso na universidade³⁰, caracterizando o momento como um importante fator de risco para o excesso de peso corporal e DCNT. Em sua revisão sistemática, Mota *et al.*³⁰ revelaram que o sobrepeso é altamente prevalente entre os estudantes de medicina, sendo maior que as taxas comparadas a outros estudantes. O IMC aumentou com a progressão do curso, tendo afetado até 83% dos acadêmicos de uma universidade brasileira³⁰ e no Peru, os hábitos alimentares eram piores no último ano em comparação ao primeiro³³.

Este estudo possui como limitação a pequena amostra dos acadêmicos de medicina, devido à alta taxa de recusas na participação e à perda considerável, sem reposição, dos alunos que não compareceram à entrevista. Isso pode ter introduzido ao estudo um viés de seleção, tendo em vista que os estudantes que aceitaram integrar a coorte podem ser aqueles que têm maior interesse e cuidado em saber como está a sua alimentação e supostamente possuem melhores hábitos alimentares.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver nenhum conflito de interesses relacionado a este trabalho.

CONCLUSÃO

Os dados deste estudo revelaram um desequilíbrio na alimentação dos acadêmicos de medicina do primeiro período da UFAC. Os hábitos foram inadequados quanto ao planejamento, organização doméstica e escolhas dos alimentos, porém boas práticas foram verificadas no modo de comer. Observou-se influência do sexo, tipo social de residência, naturalidade, procedência, escolaridade do chefe da família e renda sobre as práticas alimentares dos estudantes.

Desta forma, os achados do presente estudo são preocupantes, pois reforçam o risco de desenvolvimento de sobrepeso e obesidade, aos quais os acadêmicos de medicina da UFAC estão expostos. Sendo assim, o desenvolvimento de ações de promoção de hábitos saudáveis para os estudantes de medicina é importante com intuito de prevenir e minimizar os impactos danosos das práticas alimentares inadequadas sobre a saúde e o ganho de peso durante a graduação.

REFERÊNCIAS

1. CENA, H.; CALDER, P.C. Defining a Healthy Diet: Evidence for The Role of Contemporary Dietary Patterns in Health and Disease. **Nutrients**. jan. 2020. DOI: 10.3390/nu12020334.
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases**. Geneva: World Health Organization; 2003. (WHO Technical Report Series, 916).
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 156 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf. Acesso em: 17 out. 2021.
4. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional de saúde: atenção primária à saúde e informações antropométricas: 2019**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101758.pdf>. Acesso em: 17 out. 2021.
5. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Manual de Alimentação: orientações para alimentação do lactente ao adolescente, na escola, na gestante, na prevenção de doenças e segurança alimentar**. 4ª. ed. - São Paulo: SBP, 2018. 172 p. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/pediatria/Repositorio/ppsca/bibliografia/nutricao/sbp-manual-de-alimentacao-2018/view>. Acesso em: 17 out. 2021.
6. CARNEIRO H. **Comida e sociedade: uma história da alimentação**. Rio de Janeiro: Campus; 2003. 204 p.
7. VIERO, M.G., ADRIANE, C.B. "Sociability Performed Around Eating: a Study with University Students." **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde** v. 11, no. 4, p. 865-878, 2016. DOI: 10.12957/demetra.2016.15726.
8. SOUZA, E. A. *et al.* Atividade física e alimentação saudável em escolares brasileiros: revisão de programas de

- intervenção. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 8, p. 1459-1471, 2011.
9. CHOI, J. Impact of Stress Levels on Eating Behaviors among College Students. **Nutrients**, v. 12, p. 1241, 2020. DOI:10.3390/nu12051241.
10. GARBACCIO, J. L.; OLIVEIRA, T. R. P. R. Hábitos Alimentares de Estudantes de Diferentes Áreas no Ensino Superior. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 23, n. 2, p. 179-190, 2019. DOI: <https://doi.org/10.22478/ufpb.2317-6032.2019v23n1.32068>.
11. BASTOS, T. P. F. *et al.* Análise do Perfil Alimentar e do índice de sedentarismo e sobrepeso em estudantes universitários dos Cursos de Saúde. **Rev Praxis**, v. 6, n. 12, p. 85-92, 2014. DOI:<https://doi.org/10.25119/praxis-6-12-645>.
12. IBGE. Instituto Brasileiro de Pesquisa e Estatística. **Panorama Brasil / Acre**. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ac/panorama>. Acesso em: 17 out. 2021.
13. GABE, K.; JAIME, P. Development and testing of a scale to evaluate diet according to the recommendations of the Dietary Guidelines for the Brazilian Population. **Public Health Nutrition**, v. 22 n. 5, p. 785-796, 2019. DOI:10.1017/S136898001800412.
14. BERNAUD, F. S. R.; RODRIGUES, T. C. Fibra alimentar – Ingestão adequada e efeitos sobre a saúde do metabolismo. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 57 n. 6, p. 397-405, 2013. DOI:<https://doi.org/10.1590/S0004-27302013000600001>.
15. ALVES, H. J.; BOOG, M. C. F. Comportamento alimentar em moradia estudantil: um espaço para promoção da saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 41 n. 2 p. 197-204, 2007.
16. AQUINO, J.K. *et al.* Hábito e Consumo Alimentar de Estudantes do Curso de Nutrição das Faculdades de Montes Claros - Minas Gerais. **Revista Multitexto**, v. 3, n. 01, 2015. Disponível em: <http://www.ead.unimontes.br/multitexto/index.php/rmcead/article/view/111>. Acesso em: 17 out. 2021.
17. RAMALHO, A. A. *et al.* Consumo regular de frutas e hortaliças por estudantes universitários em Rio Branco, Acre, Brasil: prevalência e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 7, p. 1405-1413, jul. 2012. DOI:<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000700018>.
18. IBGE. Instituto Brasileiro de Pesquisa e Estatística. **Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.
19. BUSATO, M. A. *et al.* Ambiente e alimentação saudável: percepções e práticas de estudantes universitários. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 36, n. 2, p. 75-84, jul./dez. 2015. DOI: 10.5433/1679-0367.2015v36n2p75
20. CLARO, R. M.; MONTEIRO, C. A. Renda familiar, preço de alimentos e aquisição domiciliar de frutas e hortaliças no Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 44, n. 6, p. 1014-1020, 2010.
21. DURANTE, D. G. *et al.* Diferenças no consumo de alimentos entre homens e mulheres entrevistados pelo inquérito

telefônico VIGITEL. **Rev Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 30, n. 3, p. 1-12, jul./set. 2017.

22. BANDEIRA, C. *et al.* Consumo de frutas, verduras e legumes, e atividade física em estudantes da universidade federal de Santa Catarina. **Revista Uningá**, v. 43, p. 36-43, jan./mar. 2015. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/1210>. Acesso em: 17 out. 2021.
23. ZARATE, M. V.; BECERRA-BULLA, F. Estado nutricional y consumo de alimentos de estudiantes universitarios admitidos a nutrición y dietética en la Universidad Nacional de Colombia. **Rev. salud pública**, v. 17, n. 5, p. 762-775, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v17n5.4357>.
24. ASSUMPÇÃO, D. *et al.* Diferenças entre homens e mulheres na qualidade da dieta: estudo de base populacional em Campinas, São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 2, p. 347-358, 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017222.16962015
25. FEITOSA, E. P. S. Hábitos alimentares de estudantes de uma universidade pública no Nordeste, Brasil. **Alim. Nutr.**, Araraquara, v. 21, n. 2, p. 225-230, abr./jun. 2010.
26. SMITH, M. B. N. C.; Menandro, P. R. M. Aspectos contextuais e pessoais influenciadores do consumo de chocolate. **Psicologia em Pesquisa | UFJF** |, v. 9, n. 1, p. 20-30, jan./jun. 2015. DOI: 10.5327/Z1982-1247201500010004.
27. ROSA, P. B. Z. *et al.* Educação alimentar e nutricional com universitários residentes de moradia estudantil. **Ciência e Saúde**, v. 9, n. 1, p. 15-20, jan./abr. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.15448/1983-652X.2016.1.20852>.
28. ANDRADE, L. M. S.; BERTOLDI, M.C. Atitudes e motivações em relação ao consumo de alimentos orgânicos em Belo Horizonte - MG. **Brazilian Journal Food Technology**, p. 31-40, maio 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-67232012005000034>.
29. FERREIRA, A. S.; COELHO, A. B. O Papel dos Preços e do Dispêndio no Consumo de Alimentos Orgânicos e Convencionais no Brasil. **RESR**, Piracicaba, v. 55, n. 04, p. 625-640, out./dez. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1234-56781806-94790550401>
30. MOTA, M. C. *et al.* Estilo de Vida e Formação Médica: Impacto sobre o Perfil Nutricional. **REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA**, v. 6, n.3, p. 358-368, 2012.
31. COSTA, I. *et al.* "Eating Out" Among University Students. **REVISTA NUTRÍCIAS**, v. 22 p. 10-13, 2014. Disponível em: https://issuu.com/associacaoportuguesa-nutricionistas/docs/nutricias_22_low. Acesso em: 17 out. 2021.
32. SIQUIERI, J. P. A. *et al.* Perfil do consumidor de alimentos integrais na cidade de Cuiabá/MT. **Revista Principia**, João Pessoa, n. 41, 2018. Disponível em: v. Acesso em: 17 out. 2021.
33. TORRES-MALLMA, C. *et al.* Hábitos alimentarios en estudiantes de medicina de primer y sexto año de una universidad privada de Lima, Perú. **Rev Chil Nutr**, v. 43, n. 2, p. 201, 2016. DOI 10.4067/S0717-75182016000200006.

DENGUE: ANÁLISE DA SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA NO ESTADO DO ACRE, NO PERÍODO DE 2015 – 2019

DENGUE: ANALYSIS OF THE EPIDEMIOLOGICAL SITUATION IN THE STATE OF ACRE, IN THE PERIOD OF 2015 – 2019

Hernan Caetano Sales da Silva¹, Eufrasia Santos Cadorin²

2. Acadêmico do curso de Medicina. Centro Universitário Uninorte, AC, Brasil.

2. Odontologia. Centro Universitário Uninorte. Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco, AC, Brasil.

***Autor correspondente:** hernancaetano93@gmail.com

RESUMO

Introdução: A Dengue é uma arbovirose que tem por agente causador o vírus pertencente ao gênero *Flavivirus* e atualmente se mostra como um importante problema de saúde pública. Esse Vírus possui quatro sorotipos principais sendo eles, DEN-1, DEN-2, DEN-3 e DEN-4, com apresentações clínicas variadas, desde sintomatologias brandas como mialgia até manifestações hemorrágicas. **Objetivo:** Analisar os dados epidemiológicos dos casos de Dengue no estado do Acre, no período de 2015 a 2019. **Método:** Trata-se de um estudo epidemiológico retrospectivo, descritivo com abordagem quantitativa e analítica, realizado com os dados secundários provenientes do banco de informações em saúde do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), no período de 2015 a 2019. **Resultados e Discussão:** Foram notificados 27.045 casos prováveis de Dengue, com maior prevalência para o sexo feminino, na faixa etária de 20 a 39 anos. Com relação aos critérios de confirmação apresentaram um maior percentual para o diagnóstico clínico – epidemiológico, com predominância de casos com evolução de cura, 50% dos casos sem informação de ocorrência de hospitalização, e ainda, uma amostra de 214 gestantes acometidas pela infecção. Observou-se uma oscilação no número de casos de Dengue nos anos de 2015 a 2019 no estado do Acre, que pode ser justificado pela influência direta de fatores ambientais, socioeconômicos e de assistência à saúde. **Conclusão:** Faz-se necessário investir no campo da vigilância em saúde, considerando a alta proporção de variáveis com preenchimento insatisfatório e ainda, ações de prevenção, com o intuito de conscientizar a comunidade sobre os fatores que facilitam a procriação do vetor e as várias consequências da infecção.

Descritores: Dengue. Incidência. Acre.

ABSTRACT

Introduction: Dengue is an arbovirus whose causative agent is the virus belonging to the genus *Flavivirus* and is currently an important public health problem. This virus has four main serotypes, DEN-1, DEN-2, DEN-3 and DEN-4, with varied clinical presentations, from

mild symptoms such as myalgia to hemorrhagic manifestations. **Objective:** To analyze the epidemiological data of dengue cases in the state of Acre, from 2015 to 2019. **Method:** This is a retrospective, descriptive epidemiological study with a quantitative and analytical approach, carried out with secondary data from the information bank in health (DATASUS), from 2015 to 2019. **Results and Discussion:** In the period from 2015 to 2019, 27,045 probable cases of dengue were reported, with higher prevalence among females, aged 20-39 years. Regarding the confirmation criteria, there was a higher percentage for the clinical and epidemiological diagnosis, with a predominance of cases with a cure evolution, 50% of cases without information on the occurrence of hospitalization, and also a sample of 214 pregnant women affected by the infection. There was an oscillation in the number of dengue cases from 2015 to 2019 in the State of Acre, sometimes increasing, sometimes decreasing, which can be explained by the direct influence of environmental, socioeconomic and health care factors. **Conclusion:** It is necessary to invest in the field of health surveillance, considering the high proportion of variables with unsatisfactory filling and also prevention actions, in order to raise community awareness about the factors that facilitate vector procreation and the various consequences of the infection.

Descriptors: Dengue. Incidence. Acre.

INTRODUÇÃO

A Dengue é uma arbovirose que tem por agente causador o vírus pertencente ao gênero *Flavivirus* e atualmente se mostra como um importante problema de saúde pública, representando um desafio no controle da cadeia de transmissão, principalmente, em regiões com climas tropicais, onde as condições ambientais propiciam a proliferação do mosquito vetor *Aedes Aegypti*. Esse Vírus possui quatro sorotipos principais sendo eles, DEN-1, DEN-2, DEN-3 e DEN-4, com apresentações clínicas variadas, desde sintomatologias brandas como mialgia até manifestações hemorrágicas^{1, 2}.

Para todo paciente diagnosticado com suspeita de Dengue é necessária uma avaliação completa, com medidas de pressão e realização da prova do laço. A

prova do laço é realizada insuflando o manguito do esfigmomanômetro até o ponto médio por cerca de 3 a 5 minutos e depois verificar se há pequenos pontos avermelhados na pele, denominados petéquias. A prova do laço positiva pode indicar disposição de sangramentos³.

São estimados 390 milhões de infecções anualmente, com mais de 70% da população mundial vivendo em áreas de risco⁴. No continente americano, em 2016, foram notificados mais de 2,3 milhões de casos da doença, com 4.274 casos graves e 1.032 mortes⁵. De acordo com o Ministério da Saúde, o número de casos prováveis de Dengue no Brasil, em janeiro de 2019, aumentou 149% comparado ao mesmo período de 2018 passando de 21.992 para 54.777 casos⁶. Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), apenas na região das

Américas, foram notificados 560.586 casos de Dengue em 2018, sendo 336 óbitos⁵. Nos primeiros meses de 2020, foram notificados 749.934 casos prováveis, sendo 321 óbitos⁷.

A partir dos registros do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), entre os anos 2000 a 2015, a região Norte aparece como a 4^a região com o maior número de casos notificados, com destaque para o estado do Acre⁸. Adicionalmente, esta região é a mais extensa área geográfica do País, em sua maioria formada por grandes áreas de florestas tropicais⁹. Aspectos como alta densidade populacional, falta de saneamento básico, elevadas temperaturas e elevado índice pluviométrico ao longo do ano contribuem para a região Norte apresentar consideráveis registros associados a Dengue e outras arboviroses¹⁰.

Nesse sentido, os estudos epidemiológicos têm o importante papel no auxílio a formulação de estratégias de intervenção, identificando os principais locais endêmicos, de acordo com as particularidades regionais, com intuito de reforçar o combate ao vetor, principalmente no que se refere aos esforços da administração pública em relação a manutenção dos ambientes de risco, como terrenos baldios que podem vir a acumular lixo e, por conseguinte,

água parada, que favorece o desenvolvimento das larvas do mosquito.

Diante do exposto, este estudo teve por objetivo principal analisar os dados epidemiológicos dos casos de Dengue no estado do Acre, no período de 2015 a 2019, sob a perspectiva de subsidiar o poder público para um melhor planejamento nas ações de prevenção e no combate ao vetor da Dengue.

MATERIAL E MÉTODO

CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo epidemiológico retrospectivo, descritivo com abordagem quantitativa e analítica, realizado com os dados secundários provenientes do banco de informações do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – (DATASUS) visando identificar o perfil epidemiológico da Dengue no estado do Acre, no período de 2015 a 2019.

COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por buscas no site do DATASUS, com filtros de casos de Dengue a partir do ano de 2014, e posteriormente selecionando as variáveis que compõe este estudo.

Os critérios para inclusão no estudo foram os casos prováveis de Dengue no estado do Acre, entre janeiro de 2015 a dezembro de 2019. Foram excluídos do

estudo as variáveis não pertinentes para a pesquisa.

Considerando se tratar de dados públicos, sem identificação de pessoas, o presente estudo não foi encaminhado para análise e aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos, segundo a Resolução nº 466/2012.

ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

Para atender o objetivo do estudo foram selecionadas as variáveis: número de casos prováveis de Dengue notificados em todo o estado; classificação final da Dengue; critérios para confirmação diagnóstica; número de casos notificados em período gestacional e divisão por trimestre; número de casos de acordo com a evolução e número de casos com hospitalização; e informações

sociodemográficas, como: número de casos prováveis por sexo; por faixa etária e por escolaridade.

As variáveis foram consolidadas em planilhas utilizando o programa *Microsoft Excel* 2019 e posteriormente, transcritas em gráficos e tabelas, de modo a visualizar as informações epidemiológicas de maior relevância.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de 2015-2019 foram notificados 27.045 casos prováveis de Dengue. A tabela 1 detalha que dentre esses casos, 54% pertence ao sexo feminino, a faixa etária predominante corresponde ao intervalo de 20 a 39 anos (40,2%) e 46,6% dos casos não possuem informação sobre o nível de escolaridade (Ignorado/Branco).

Tabela 1: Características sociodemográficas dos casos prováveis de Dengue, período de 2015-2019, no estado do Acre, 2021.

CARACTERÍSTICAS	n	F%
SEXO		
Feminino	14.606	54
Masculino	12.425	45,9
Ignorado/Branco	14	0,05
FAIXA ETÁRIA (ANOS)		
<1 ano	635	2,3
1-4 anos	970	3,6
5-9 anos	1.516	5,6
10-14 anos	2.316	8,6
15-19 anos	3.128	11,6
20-39 anos	10.877	40,2
40-59 anos	5.555	20,5
60-64 anos	733	2,7
65-69 anos	478	1,8

70-79 anos	612	2,3
80 – mais	222	0,8
Ignorado/Branco	3	0,01
ESCOLARIDADE		
Analfabeto	304	1,1
1ª a 4ª série	1.969	7,3
4ª série completa do E.F.	795	2,9
5ª a 8ª série incompleta E. F.	2.076	7,7
Ensino fundamental completo	887	3,3
Ensino Médio incompleto	1.553	5,7
Ensino Médio completo	3.233	11,9
Educação superior incompleta	432	1,6
Educação superior completa	737	2,7
Não se aplica	2.449	9
Ignorado/Branco	12.610	46,6

Fonte: DATASUS, 2021.

A população do sexo feminino foi a mais afetada com 14.606 casos (54%). Estes resultados corroboram com os encontrados em Palmas segundo estudo de Rodrigues *et al.*¹¹ no estado do Tocantins, de Gonçalves *et al.*¹² no estado da Paraíba de Oliveira *et al.*¹³, e no Distrito Federal de Silva¹⁴. Esse resultado aponta que tal situação pode ser justificada devido à maior permanência da mulher no intra e peridomicílio, onde ocorre predominantemente a transmissão e por recorrerem mais ao serviço de saúde do que os homens¹⁵.

Com relação ao perfil de ocorrência de entre faixas etárias, houve uma alta incidência de 20 a 39 anos correspondendo a 10.877 casos. A maioria dos estudos de Dengue no Brasil mostra que os adultos são os mais

acometidos e isso pode ser explicado pelo fato de que essa é a idade que as pessoas mais se expõem como consequência da idade economicamente ativa¹⁶. Outros autores como Pereira *et al.*¹⁷ e Fernandes & Gomes¹⁸ também demonstraram resultados semelhantes, com predominância de casos de pessoas com idade entre 20 e 39 anos.

Quanto ao nível de escolaridade, houve um percentual expressivo da variável Ignorado/Branco (46,6%), o que indica o não preenchimento no ato da notificação. Em uma revisão sistemática que analisou pesquisas sobre medidas de pobreza e Dengue, foi observado que a baixa escolaridade ao lado de outros fatores como baixa renda e baixa qualidade da habitação, estão relacionados a ocorrência dessa arbovirose¹⁹. Pode-se

inferir, portanto, que o baixo nível educacional dos indivíduos reflete diretamente nos seus conhecimentos acerca dos aspectos inerentes à Dengue, fator que pode resultar em aumento do risco de infecção²⁰. Em consoante ao exposto, torna-se indispensável o preenchimento do campo de escolaridade

considerando a importância desta informação na análise epidemiológica.

A tabela 2 apresenta que a maioria da classificação final foi de dengue (88,2%), e seu diagnóstico determinado por critério clínico-epidemiológico (59,2%), sendo que (86,4%) evoluíram para cura.

Tabela 2: Características epidemiológicas dos casos prováveis de Dengue, período de 2015-2019, no estado do Acre, 2021.

CARACTERÍSTICAS	n	F%
CRITÉRIOS DE CONFIRMAÇÃO		
Laboratorial	7.599	28
Clínico – Epidemiológico	16.009	59,2
Em investigação	594	2,2
Ignorado/Branco	2.843	10,5
CLASSIFICAÇÃO FINAL		
Dengue Clássico	123	0,5
Inconclusivo	2.967	11
Dengue	23.843	88,2
Dengue com sinais de alarme	86	0,3
Dengue grave	10	0,03
Ignorado/Branco	16	0,05
HOSPITALIZAÇÃO		
Sim	1.402	5,2
Não	12.136	44,9
Ignorado/Branco	13.507	50
EVOLUÇÃO		
Cura	23.368	86,4
Óbito pelo agravo notificado	9	0,03
Óbito por outra causa	4	0,01
Ignorado/Branco	3.664	13,5

Fonte: DATASUS, 2021.

Os critérios de confirmação da Dengue apresentaram um maior percentual para o diagnóstico clínico – epidemiológico, com 59,2%. O Ministério da Saúde orienta que em períodos epidêmicos a confirmação dos casos pode ser realizada por meio de critério clínico-epidemiológico, exceto nos primeiros casos da área, que deverão ter confirmação laboratorial. Entretanto, os casos confirmados de Dengue são todos aqueles que foram confirmados laboratorialmente por sorologia IgM, NS1 teste rápido ou ELISA, isolamento viral, PCR, imuno-histoquímica^{3, 21}.

A informação sobre a ocorrência da hospitalização obteve maior percentual na variável Ignorado/Branco correspondendo a 50% dos casos. Considerando a patogenicidade da Dengue, é necessário que haja fidelidade nas notificações e o efetivo acompanhamento dos casos, visando à prevenção e a aplicação do tratamento adequado. Quando a notificação e a confirmação dos casos são mais precisas, permite-se o conhecimento mais correto daquela realidade, além de viabilizar o estabelecimento de prioridades e melhoria do planejamento das ações de controle da enfermidade por parte dos gestores em saúde^{22, 23}.

A ocorrência de hospitalização provoca consequências sobre o impacto econômico, uma vez que os custos públicos diretos de casos de Dengue ambulatoriais variaram entre US\$ 31 e

US\$ 89, enquanto que os custos de casos de Dengue com hospitalização foram de US\$ 198 a US\$ 376, segundo um estudo de análise deste agravo nas quatro regiões do Brasil. Considerando os valores médios para cada caso ambulatorial (US\$ 64) e para cada caso com hospitalização (US\$ 237), e extrapolando para o número de casos de Dengue entre setembro de 2012 a agosto de 2013, o custo total para os cofres públicos alcançou US\$ 164 milhões no período²⁴.

As internações hospitalares decorrentes da Dengue no Brasil em 2013 foram duas vezes maiores onerosas para tratamento da doença quando comparadas com a prevenção, já que os recursos dispensados com o tratamento foram de R\$ 2,7 bilhões, enquanto que para a prevenção foi de R\$ 1,2 bilhão²⁵.

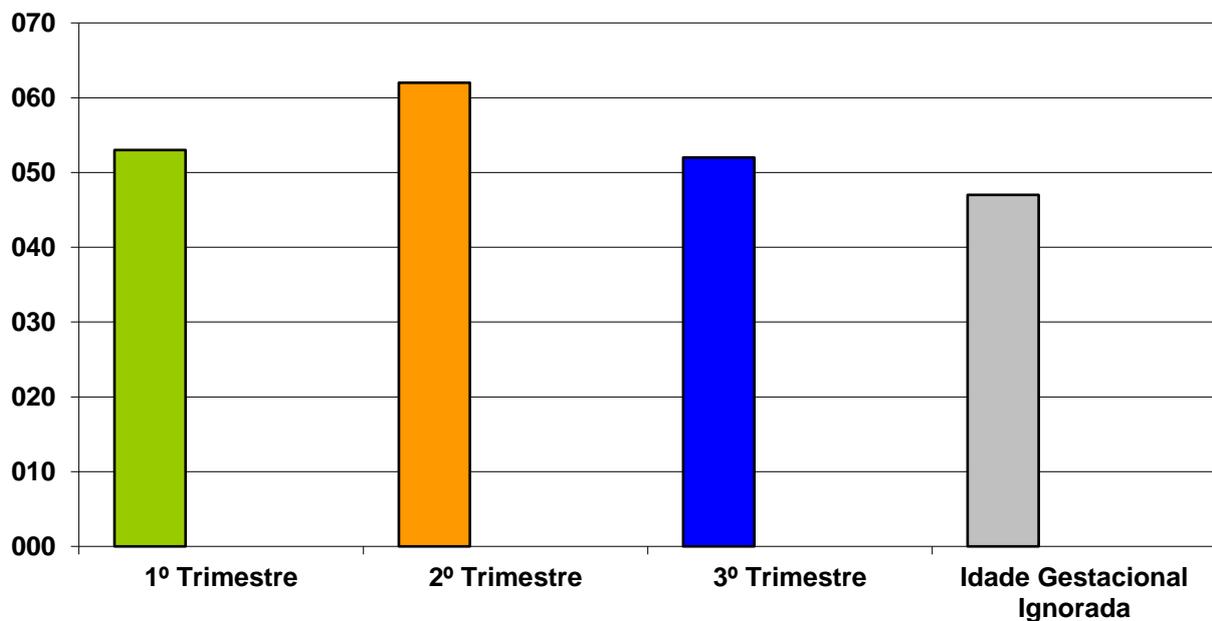
Desta forma, além das implicações geradas em decorrência da elevada demanda pelos serviços de saúde, os impactos socioeconômicos da Dengue também devem considerar outros fatores, como a ausência ao trabalho/escola, perda de produtividade, efeitos negativos no turismo, dentre outros, que normalmente são difíceis de mensurar¹⁵.

A variável cura foi a principal evolução dos casos com 23.368 (86,4%) dos casos prováveis. Almeida²⁶ evidencia em sua pesquisa, ocorrida no Distrito Federal, que cerca de 51,1% dos casos registrados

evoluíram para a cura, contudo elucidada que os óbitos se apresentam em quantidade relativamente baixa, porém é uma doença que causa grande perda de anos saudáveis de vida na população devido a incapacitação causada pela sua fase sintomática.

Essa pesquisa, analisou de maneira isolada, a variável de casos prováveis de Dengue em gestantes, uma vez que esta

Figura 1: Número de gestantes com casos prováveis de Dengue, período de 2015 a 2019, no estado do Acre, 2021.



Fonte: DATASUS, 2021.

O resultado dessa variável condiz com o estudo de Nascimento *et al.*²⁷, que apresenta uma frequência maior no segundo trimestre de gravidez e chama atenção para a incidência de Dengue em gestantes, a qual acompanhou a ocorrência de casos na população geral, em todas as regiões do País, tendo-se

infecção é um fator de risco para mulheres nesse período. A figura 1 demonstra que no período estudado houve uma prevalência de 214 gestantes, a proporção de casos por trimestre de gestação apresentou distribuição semelhante, com frequência ligeiramente maior no segundo trimestre da gravidez (29%).

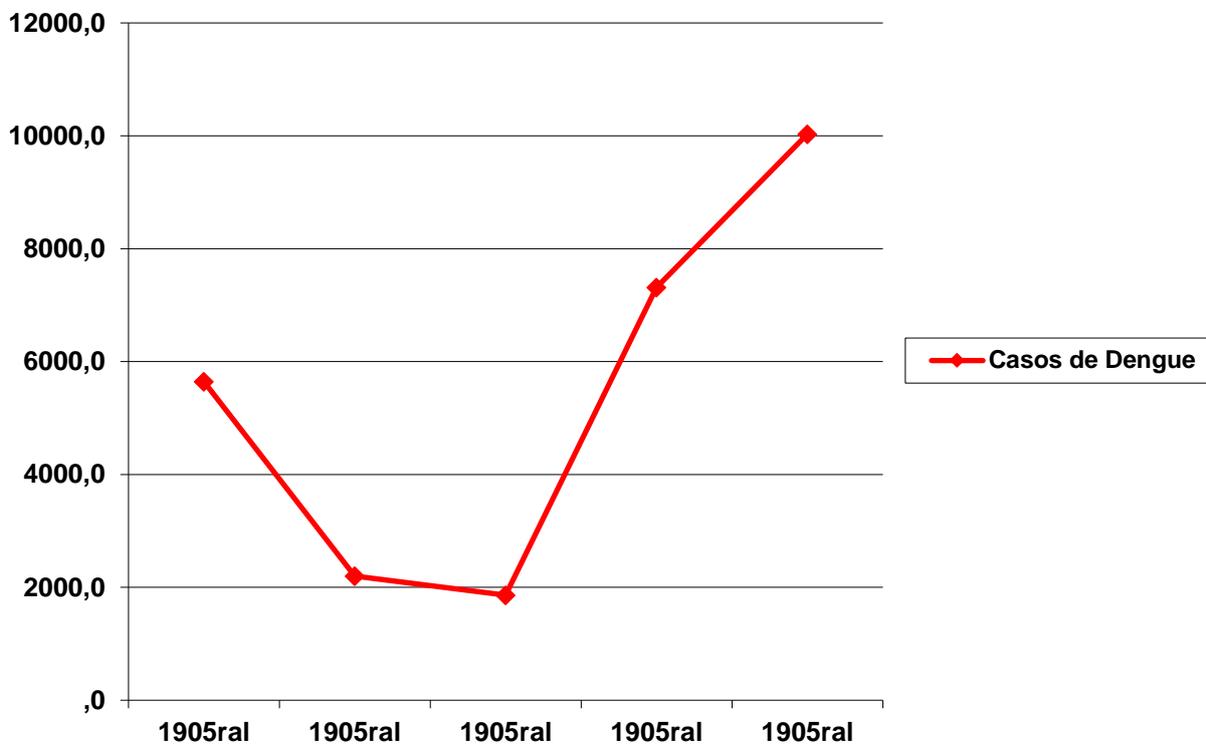
observado elevada proporção de casos investigados pelo sistema de vigilância. A letalidade entre as gestantes foi superior à da população de mulheres em idade fértil não gestantes, com maior risco de óbito no terceiro trimestre de gestação.

O trimestre gestacional em que a infecção acontece parece interferir na

ocorrência dos desfechos adversos, de modo que os conceitos de mães infectadas no primeiro trimestre da gestação têm um maior risco de aborto. Contudo, quando a infecção acontece no último trimestre, os riscos de baixo peso ao nascer, trabalho de parto prematuro e transmissão vertical são maiores²⁸.

Durante o período analisado (2015 a 2019), conforme a figura 2, foram notificados 27.045 casos prováveis no Acre, havendo, em média, cerca de 5.409 casos suspeitos por ano, destacando-se o ano de 2019, quando houve um pico de notificações (10.031), um aumento de aproximadamente 539% em comparação ao ano de 2017.

Figura 2: Número de casos prováveis de Dengue segundo ano de notificação (2015-2019), no estado do Acre, 2021.



Fonte: DATASUS, 2021.

Observou-se uma oscilação no número de casos de Dengue nos anos de 2015 a 2019 no estado do Acre, com aumento e redução. Isso ocorre provavelmente devido a interação de diversos fatores, como as variáveis climáticas de pluviometria e temperatura, pois são

fatores condicionantes para a variação de casos e produzem um efeito na dinâmica da Dengue²⁹. Essas variações no período estudado estão diretamente relacionadas ao ambiente, circulação dos sorotipos, ações antrópicas, densidade populacional, alta densidade habitacional,

urbanização não planejada e nível de infestação local pelo vetor da dengue, *Aedes aegypti*, e até mesmo ocorrência de subnotificação e/ou casos que não são acompanhados pelo sistema de vigilância epidemiológica³⁰.

Fica evidente que a Dengue é uma doença de alta incidência no Acre, sendo fundamental tomar medidas de atuação individualizada juntamente com órgãos de diversos setores (educação, saúde, planejamento urbano, entre outros), onde os problemas relacionados à continuidade da dengue podem ser atenuados a partir da elaboração e execução de um plano estratégico intersetorial.

CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou conhecer e realizar uma breve análise sobre a situação epidemiológica do estado do Acre, a qual é uma área endêmica para arboviroses, principalmente a Dengue. Nota-se que a doença acomete principalmente os adultos/jovens, mulheres, apresentando maior índice de cura, sendo confirmada por critérios clínicos-epidemiológicos. Além de ser um problema de saúde pública, a dengue representa importante impacto econômico e social no país gerando custos diretos ambulatoriais e hospitalar custos de casos referente a hospitalização foram superiores considerando os valores médios para casos ambulatoriais sendo

que internações hospitalares foram duas vezes maiores para tratamento da doença causando mais custos aos cofres comparadas com a prevenção.

Faz-se necessário investir no campo da vigilância em saúde, considerando a alta proporção de variáveis com preenchimento insatisfatório e ainda, ações de prevenção, com o intuito de orientar a comunidade sobre os fatores que facilitam a procriação do vetor e as várias consequências da infecção, salientando a responsabilidade do envolvimento e participação da sociedade para a intervenção nos fatores de risco e promoção de ambientes saudáveis.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletins epidemiológicos de dengue, febre de chikungunya, Zika e Febre amarela**. Boletim Epidemiológico. 2019a.
2. GOLDMAN, L.; SCHAFER, A.I. **Goldman Cecil Medicina**. 24^a Ed. Editora Elsevier; 2014.
3. BRASIL, **Dengue: diagnóstico e manejo clínico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
4. BHATT, S., *et al.* The global distribution and burden of dengue. **Nature**. v. 496, p.504-7, 2013.
5. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE - OPAS. **OPAS recomenda que países da America Latina e do Caribe se preparem para possíveis surtos de dengue**, 2019.

6. BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Ministério da Saúde alerta para aumento de 149% dos casos de dengue no país.** 2019b.
7. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Monitoramento dos casos de arboviroses urbanas transmitidas pelo *Aedes Aegypti* (dengue, chikungunya e zika)**, Semanas Epidemiológicas 1 a 20, v. 51, 2020.
8. ARAÚJO, V. E. M, *et al.* Aumento da carga de dengue no Brasil e unidades federadas, 2000 e 2015: análise do Global Burden of Disease Study. **Rev. Bras. Epidemiol.** v. 20, p.: 205-16, 2017.
9. BRÖHM, A.W, *et al.* Tendência da incidência de dengue no Brasil, 2002-2012. **Epidemiol Serv Saúde.** v. 25, n.4, p.:725-33, 2016.
10. VIANA, D.V.; IGNOTTI, E. A ocorrência da dengue e variações meteorológicas no Brasil: revisão sistemática. **Rev. Bras. epidemiol.** v.16, n.2, p.:240-56, 2013.
11. RODRIGUES, A. E. P. *et al.* Perfil epidemiológico da dengue em Palmas de 2015 a 2017. **Revista de Patologia do Tocantins**, v. 7, n. 3, p. 26-30, 2020.
12. GONÇALVES, C. W. B. *et al.* Análise de aspectos epidemiológicos da dengue no estado do Tocantins. **Revista de Patologia do Tocantins**, v. 6, n. 4, p. 7-7, 2019.
13. OLIVEIRA, E. H. *et al.* Impacto epidemiológico da dengue no estado da Paraíba, Brasil. **Research Society and Development**, v. 8, n. 12, p. e488121947-e488121947, 2019.
14. SILVA, P. H. M. da. **Situação epidemiológica de dengue em São Sebastião, Distrito Federal, no período de 2008 a 2017.** Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Graduação em Saúde Coletiva. Universidade de Brasília – UNB, 2017.
15. RODRIGUES, E. de A. S.; COSTA, I. M.; DO CARMO LIMA, S. Epidemiologia da dengue, zika e chikungunya, entre 2014 a 2016, em Uberlândia (MG). **Hygeia-Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 14, n. 30, p. 62-81, 2018.
16. CALLEGARO, K.; BATTISTI, I. D. E.; DAROIT, D. J. Aspectos epidemiológicos da dengue autóctone na fronteira noroeste do Rio Grande do Sul, Brasil, no período de 2007 a 2015. **Hygeia-Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 13, n. 24, p. 54-69, 2017.
17. PEREIRA, P. A. S. *et al.* Perfil epidemiológico da dengue em um município do norte brasileiro: uma análise retrospectiva. **Research Society and Development**, v. 9, n. 12, p. e37591211118-e37591211118, 2020.
18. FERNANDES, L. A. & GOMES, M. M. F. Análise dos dados do SINAN sobre dengue nos municípios da Área Metropolitana de Brasília (AMB). **Brazilian Journal Health**, p.:314-322, 2018.
19. MULLIGAN, K.; DIXON, J.; SINN, C.L.; ELLIOTT, S.J. A dengue é uma doença da pobreza? Uma revisão sistemática. **Canadá: Pathog Glob Health.** v. 109, n. 1, p.:10-18, 2015.
20. DOS SANTOS, M. M.; DE OLIVEIRA SANTOS, R. I.; UEHARA, S. C. da S. A. Perfil epidemiológico da dengue:

- subsídios para os serviços de saúde. **Revista Científica de Enfermagem**, v. 10, n. 30, p. 117-128, 2020.
21. BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
22. RÉGIS, L.N. *et al.* Characterization of the spatial and temporal dynamics of the dengue vector population established in urban areas of Fernando de Noronha, a Brazilian oceanic island. **Acta Tropica**. n.137, p.: 80-87, 2014.
23. PACHECO, D. G.; DO CARMO MOURA, L.; CAMBRAIA, R. P. Aspectos epidemiológicos da dengue em Araçuaí, médio Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais. **Revista Espinhaço| UFVJM**, p. 43-51, 2019.
24. MARTELLI, C. M. T, *et al.* Economic impact of dengue: multicenter study across four Brazilian regions. **PLoS Negl Trop Dis**. v. 9, n. 9, e0004042, 2015.
25. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de vigilância em saúde**. v.2, 2017.
26. ALMEIDA, L. B. V. de. Perfil epidemiológico da dengue no Distrito Federal de 2009 a 2019. Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Graduação em Medicina. Centro Universitário de Brasília – UniCEUB, Distrito Federal, 2020.
27. NASCIMENTO, L. B. do *et al.* Dengue em gestantes: caracterização dos casos no Brasil, 2007-2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, p. 433-442, 2017.
28. FEITOZA, H. A. C. *et al.* Os efeitos maternos, fetais e infantis decorrentes da infecção por dengue durante a gestação em Rio Branco, Acre, Brasil, 2007-2012. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00178915, 2017.
29. PELISSARI, B. Aspectos socioambientais associados à ocorrência de dengue em um município do estado do Mato Grosso. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, Santa Cruz do Sul, v. 6, n.1, 2016.
30. TERRA, M. R. *et al.* Aedes aegypti e as arboviroses emergentes no Brasil. **Revista Uningá Review**, v. 30, n.3, 2017.

PERFIL ECO-EPIDEMIOLÓGICO DOS ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS EM UMA REGIÃO DA AMAZÔNIA OCIDENTAL

ECO-EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF ACCIDENTS BY VENOMOUS ANIMALS IN A REGION OF THE WESTERN AMAZON

Mediã Barbosa Figueiredo^{1*}; Jefferson da Silva Braga²

1. Enfermagem. Centro Universitário Uninorte. AC, Brasil.

2. Enfermagem. Centro Universitário Uninorte. AC, Brasil.

*Autor correspondente: media.figueiredo@uninorteac.com.br

RESUMO

Introdução: Acidentes por animais peçonhentos ainda são considerados como um problema de saúde pública devido à frequência com que ocorrem, acometendo frequentemente, homens jovens, em idade economicamente ativa, principalmente nos países tropicais. **Objetivo:** Analisar o perfil epidemiológico dos acidentes por animais peçonhentos ocorridos no estado do Acre no triênio de 2018 a 2020. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo do tipo ecológico realizado em fonte secundária de dados, em que o município foi a unidade de análise para a ocorrência de acidentes por animais peçonhentos no período de 2018 a 2020, no estado do Acre, **Resultados:** Foram notificados no sistema 2.968 casos de acidente por animais peçonhentos registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN net, distribuídos entre os anos de 2018, 2019 e 2020. A maioria dos acometidos foram adultos do sexo masculino na faixa etária de 20 a 49 anos, cujo acidente com maior frequência foi o ofidismo do gênero Bothrops. **Conclusão:** Os acidentes por animais peçonhentos continuam sendo um problema de saúde pública no estado do Acre que precisa ser avaliado frequentemente, que as ações preventivas contra ofidismo e escorpionismo devem ser intensificadas, para que as melhorias de políticas públicas alcancem as populações mais vulneráveis.

Palavras chave: Animais peçonhentos. Mordeduras de serpentes. Amazônia. Acre.

ABSTRACT

Introduction: Accidents by animals are still considered a public health problem due to the frequency with which they occur, often affecting young men of working active age, especially in tropical countries. **Objective:** Analyze the epidemiological profile of accidents by venomous animals that occurred in the state of Acre in the triennium 2018 to 2020. **Method:** This is a descriptive study of the ecological type carried out on a secondary data source, in which the municipality was the unit of analysis for the occurrence of accidents by venomous animals in the period 2018 to 2020, in the state of Acre. **Results:** Have been notified in the system 2.968 cases of accidents caused by venomous animals registered in the Information System for Notifiable Diseases - SINAN net, distributed between the years 2018, 2019 and 2020. Where the majority of those affected were adult males aged 20 to 49 years, whose

accident had the highest frequency was the snakebite of the Bothrops genus. **Conclusion:** Accidents caused by poisonous animals continue to be a public health problem in the state of Acre that needs to be frequently evaluated, and preventive actions against snake and scorpion activities must be intensified, so that public policy improvements reach the most vulnerable populations.

Keywords: Venomous animals. Snakebites. Amazon. Acre.

INTRODUÇÃO

Os acidentes com animais peçonhentos ainda constituem um problema de saúde pública mundial, distribuídos em regiões tropicais como América Latina, África, Ásia e Oceania, principalmente em ambientes campestres e zonas rurais. Desse modo, a Organização Mundial de Saúde classifica os acidentes com animais peçonhentos como doença tropical negligenciada e relaciona o risco do agravamento às condições de pobreza em países com baixo índice de Desenvolvimento Humano^{1,2}.

Os acidentes por animais peçonhentos, principalmente cobras, representam a segunda causa de intoxicações no Brasil com 19,22% das ocorrências, e a região Norte que apresenta a segunda maior incidência de acidentes por serpentes peçonhentas (24 casos/100.000 habitantes). O Brasil atualmente conta com: Sistema de informação de agravos de Notificação (SINAN), Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX/FIOCRUZ) para obtenção de casos com animais peçonhentos³.

Consideram-se animais peçonhentos aqueles que possuem a autonomia de

produzir e liberar toxinas a partir da produção de glândulas que fazem parte da sua fisiologia de defesa. A projeção e injeção de tais substâncias tóxicas, e muitas das vezes letais, são feitas em animais ou predadores, através de dentes, ferrões, nematocistos e pelos que são utilizadas como defesa nas suas atividades. Essas toxinas geralmente alteram a fisiologia da presa de diversas formas, inclusive causando sequelas irreversíveis ou até mesmo a morte⁴.

Os principais animais considerados de importância médica são as aranhas dos gêneros *Phoneutria* (Armadeira), *Latrodectus* (Viúva Negra) e *Loxosceles* (Aranha Marrom); as serpentes dos gêneros *Crotalus* (cascavel), *Micrurus* (coral verdadeira), *Bothrops* (jararaca) e *Lachesis* (surucucu); as lagartas do gênero *Lonomia* e os escorpiões do gênero *Tityus*. Além das abelhas africanizadas, que apesar de muito produtivas de mel, apresentam grande potencial de causar acidentes, por possuírem temperamento agressivo⁵. Esses animais são os responsáveis pela ocorrência da maioria dos acidentes,

provocando muitas vezes graves intoxicações ou até a morte.

Na região da Amazônia Ocidental, onde as atividades rurais são mais intensas, os índices de acidentes ofídicos são elevados. A serpente peçonhenta mais comum e responsável pela maior parte dos acidentes ofídicos nesta região é a *Bothrops atrox*, popularmente conhecida como jararaca, boca-podre, jararacuçu, entre outros. Essa serpente é abundante na região amazônica devido à facilidade de se adaptar a ambientes verdejantes, e por se alimentar de roedores, anfíbios, pequenas aves e centopeias⁶.

Para neutralizar a ação dos venenos dos animais peçonhentos é indicada a soroterapia que consiste em administrar o soro antiveneno contendo anticorpos específicos, que, se administrado corretamente e em tempo oportuno, contribui para evitar ou reverter a maioria dos efeitos dos envenenamentos por esses animais, contribuindo na redução de morbimortalidade⁷.

No estado do Acre, vários estudos abordando a temática já foram realizados, porém quando se trata em comparar a frequência desses acidentes por município, não foi encontrado. Por esse motivo, para compreender melhor a situação do agravo na região, esse trabalho se propõe analisar o perfil epidemiológico dos animais peçonhentos na população acreana a partir de fonte de

dados oficiais disponíveis, no período de 2018 a 2020, contribuindo para implementação de medidas preventivas ao combate dessa morbidade.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo ecológico, em que o município foi a unidade de análise para a ocorrência de acidentes peçonhentos no período de 2018 a 2020, no estado do Acre.

No estudo ecológico a unidade de análise são grupos ou conjuntos ao invés de pessoas individualmente e baseiam-se em dados secundários⁸.

As unidades de análise de área foram os municípios do Estado, que perfazem 22 elementos na amostra total. Os dados considerados no estudo estão compreendidos no triênio de 2018 a 2020. A população estudada foi o grupo das pessoas residentes no estado do Acre que foram acometidas por animais peçonhentos no período analisado, independentemente da idade. Os dados foram obtidos do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), provenientes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), por município de ocorrência. Essas informações estão disponíveis na internet para consulta livre na forma de dados agregados por municípios.

O estado do Acre está localizado no Sudoeste da Amazônia brasileira e é

composto por 22 municípios, cuja estimativa populacional para o TCU em 2020 foi de 894.470 habitantes⁹.

A amostra foi composta por 2.926 casos de acidente ofídico, notificados e registrados no SINAN, distribuídos entre os anos de 2018, 2019 e 2020. Os dados foram coletados em março de 2021. Para descrever o perfil epidemiológico, os dados quantificados foram analisados por estatística descritiva simples e demonstrados sob a forma de tabelas e gráficos de acordo com as variáveis estudadas. Para produção dos gráficos foi utilizada a ferramenta do *Microsoft Office Excel* 2016.

Foram consideradas as seguintes variáveis: mês de ocorrência, identificação do animal peçonhento, município, faixa etária, sexo, raça, tempo decorrido entre o acidente e o atendimento.

No que concerne à comparação dos resultados apresentados, também foi utilizado o coeficiente para verificação do risco de sofrer um acidente ofídico residindo na localidade.

O coeficiente de morbidade (casos/100.000 habitantes) foi calculado dividindo-se o número de pessoas que sofreram acidentes por animais peçonhentos pelo número de habitantes do município durante o período de estudo.

Quanto aos aspectos éticos e bioéticos, o trabalho não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), por tratar-se de

estudo em fontes secundárias e não se enquadrar na legislação do Conselho Nacional de Saúde, de acordo com a resolução de n.º 466/2012.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Brasil é um dos países mais capacitados no diagnóstico e tratamento de casos envolvendo envenenamento por animais peçonhentos.¹⁰ É importante a identificação do animal que ocasionou o acidente, pois facilitará o diagnóstico e a escolha da melhor conduta a ser dispensada ao paciente. Foi incluída pela Organização Mundial de Saúde na lista das doenças tropicais negligenciadas, por representar um importante problema de saúde pública no mundo, em especial, no Brasil e na Amazônia, e, acometer principalmente grupos etários economicamente ativos¹¹.

Dentre os animais peçonhentos de importância médica, os mais relevantes em termos de saúde pública são as serpentes, as aranhas, os escorpiões, as lagartas e abelhas.⁵

Conforme demonstrado na tabela 1, no estado do Acre, foram registrados no banco de dados do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN NET), 2.968 acidentes por animais peçonhentos no triênio de 2018 a 2020, dentre os quais a maior ocorrência se deu por serpentes (n=1.493), representando 50,3% do total geral das

notificações e o ano com maior ocorrência foi 2019, com 544 casos, acometendo principalmente a população masculina na faixa etária entre 20 e 49 anos da raça parda. Essas mesmas informações concordam com as descritas em estudos realizados na região Sudeste, e na região Norte brasileira, mais especificamente numa região do estado do Acre, onde as notificações dos acidentes por serpentes se sobrepuseram aos outros animais peçonhentos de importância médica^{12, 13}.

A segunda maior causa de acidentes por animais peçonhentos foi por escorpião (n=718) representando 24,2% dos casos

notificados, acometendo igualmente os homens na mesma faixa etária. Estudos epidemiológicos recentes realizados na região Amazônica demonstraram os mesmos resultados^{4, 13}. De modo diferente, um estudo realizado na região serrana do Rio de Janeiro sobre a temática, apresentou como a segunda causa de notificação relatada foi o acidente por aranhas¹².

No que diz respeito ao triênio, o ano com maior ocorrência de notificações foi o ano de 2019 com um total de 1.117 de acidentados por animais peçonhentos.

Tabela 01. Número de notificações por Tipo de Acidente Segundo Faixa Etária, Sexo e raça, ocorridos no estado do Acre, no triênio de 2018 a 2020.

Ano 2018							
Variáveis	Animal peçonhento						Total (%)
	Serpente	Aranha	Escorpião	Lagarta	Abelha	Outros/ign	
Sexo							
Masculino	335	45	136	6	53	54	629 (62,2)
Feminino	124	27	94	2	24	36	307 (32,8)
Raça							
Branca	21	7	14	-	6	4	52 (5,6)
Preta	19	-	7	-	3	4	33 (3,5)
Parda	386	65	202	8	66	73	800 (85,5)
Indígena	23	-	2	-	-	2	27 (2,9)
Ignorado	10	-	5	-	2	7	24 (2,5)
Faixa etária							
< 1	4	3	5	1	2	0	15 (1,7)
1 – 4	9	5	11	1	8	3	37 (4,0)
5 – 9	48	7	10	1	8	8	82 (8,7)
10 – 14	48	4	15	2	3	8	80 (8,5)
15 – 19	60	7	19	0	3	9	98 (10,4)
20 – 29	87	9	44	0	18	18	176 (18,8)
30 - 39	62	15	44	0	8	14	143 (15,2)
40 – 49	69	10	42	3	9	13	146 (15,6)
50 – 59	39	6	22	0	11	9	87 (9,3)
60 – 69	18	5	15	0	4	5	47 (5,0)
70 – 79	11	1	2	0	2	2	18 (1,9)
80 e +	4	0	1	0	1	1	7 (0,9)
Total	459 (49,0)	72 (7,7)	230 (24,6)	8 (0,9)	77 (8,2)	90 (9,6)	936 (100)
Ano 2019							
Variáveis	Animal peçonhento						Total (%)
	Serpente	Aranha	Escorpião	Lagarta	Abelha	Outros/ign	

Sexo							
Masculino	395	37	161	8	47	85	733 (65,6)
Feminino	149	43	122	4	24	42	384 (34,4)
Raça							
Branca	36	6	22	2	2	6	74 (6,6)
Preta	14	2	6	-	-	1	23 (2,1)
Parda	460	70	244	9	68	114	965 (62,4)
Indígena	23	-	2	-	-	3	28 (2,5)
Ignorado	11	2	9	1	1	3	27 (2,4)
Faixa etária							
< 1	2	1	6	0	0	3	12 (1,1)
1 – 4	18	5	14	3	12	10	62 (5,6)
5 – 9	32	1	16	0	11	7	67 (6,0)
10 – 14	62	8	12	2	3	8	95 (8,5)
15 – 19	72	4	25	1	2	10	114 (10,2)
20 – 29	95	21	62	0	14	26	218 (19,5)
30 - 39	96	11	53	3	9	18	190 (17,0)
40 – 49	77	12	45	1	9	19	163 (14,6)
50 – 59	50	7	30	0	5	18	110 (9,8)
60 – 69	28	8	14	2	3	4	59 (5,3)
70 – 79	11	2	5	0	3	1	22 (2,0)
80 e +	2	0	1	0	0	2	5 (0,4)
Total	544 (48,7)	80 (7,2)	283 (25,3)	12 (1,1)	71 (6,4)	127 (11,4)	1.117 (100)

Ano 2020

Variáveis	Animal peçonhento						Total (%)
	Serpente	Aranha	Escorpião	Lagarta	Abelha	Outros/ign	
Sexo							
Masculino	344	27	114	5	25	94	609 (66,6)
Feminino	146	30	91	3	8	28	306 (33,4)
Raça							
Branca	40	7	22	1	2	3	75 (8,2)
Preta	16	1	3	-	2	5	27 (3,0)
Parda	400	48	159	7	27	107	748 (81,7)
Indígena	23	1	3	-	1	-	28 (3,1)
Ignorado	11	-	14	-	1	6	37 (4,0)
Faixa etária							
< 1	5	2	3	0	0	1	11 (1,2)
1 – 4	12	1	12	0	2	8	35 (3,8)
5 – 9	46	3	14	1	2	7	73 (8,0)
10 – 14	55	4	12	1	2	6	80 (8,7)
15 – 19	65	3	19	0	5	14	106 (11,6)
20 – 29	109	13	37	0	4	26	189 (20,7)
30 - 39	74	12	50	1	5	22	164 (17,9)
40 – 49	55	8	23	1	6	17	110 (12,0)
50 – 59	32	6	15	1	3	16	73 (8,0)
60 – 69	27	3	14	0	1	3	48 (5,2)
70 – 79	9	2	5	2	2	1	21 (2,3)
80 e +	1	0	1	1	1	1	5 (0,5)
Total	490 (53,6)	57(6,2)	205 (22,4)	8 (0,9)	33 (3,6)	122 (13,3)	915 (100)
Σ do triênio	Serpente		Escorpião				
	1493 (50,3)		718 (24,2)				

TOTAL GERAL NO TRIÊNIO

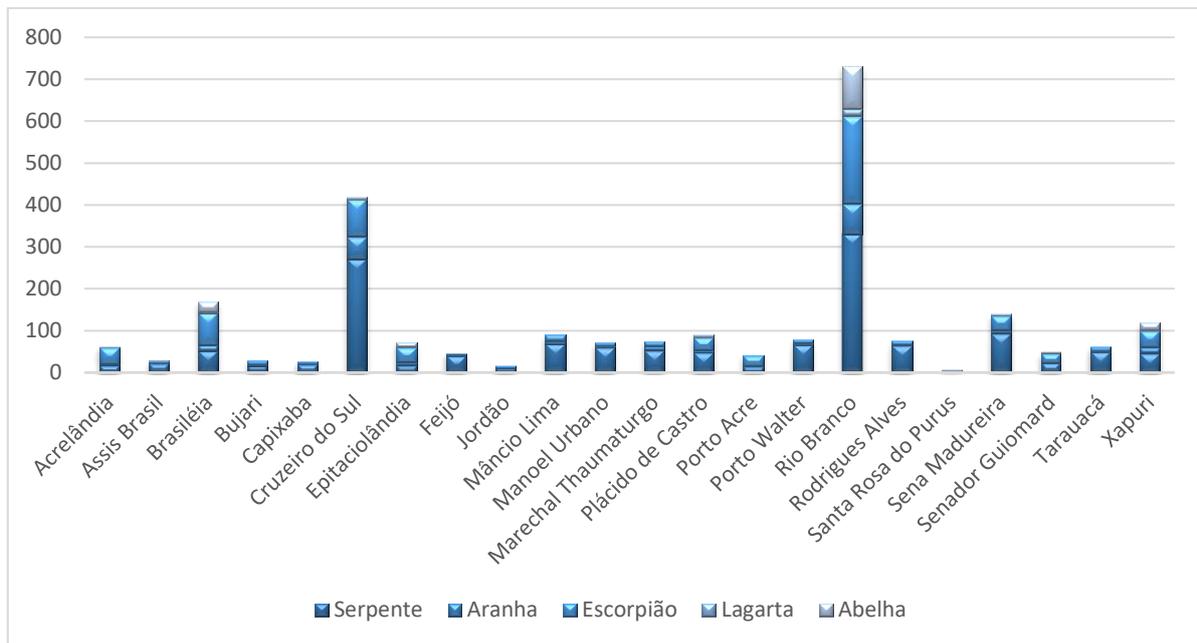
2.968

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN NET), SVS/MS, 2021.

Observa-se no gráfico 1 que a maioria dos municípios do estado do Acre apresentaram as serpentes como a primeira causa de acidentes por animais peçonhentos, exceto Acrelândia e Brasiléia que apresentaram o escorpião como sendo a primeira causa de acidente.

Os acidentes por animais peçonhentos são distintos em função da grande biodiversidade de fauna de animais, bem como pela alteração do meio ambiente pela ação do homem, fazendo com que os perfis de acidentes variem regionalmente⁷.

Gráfico 1. Tipo de animais envolvidos nos acidentes por município do Acre no período de 2018 a 2020.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN NET), SVS/MS, 2021.

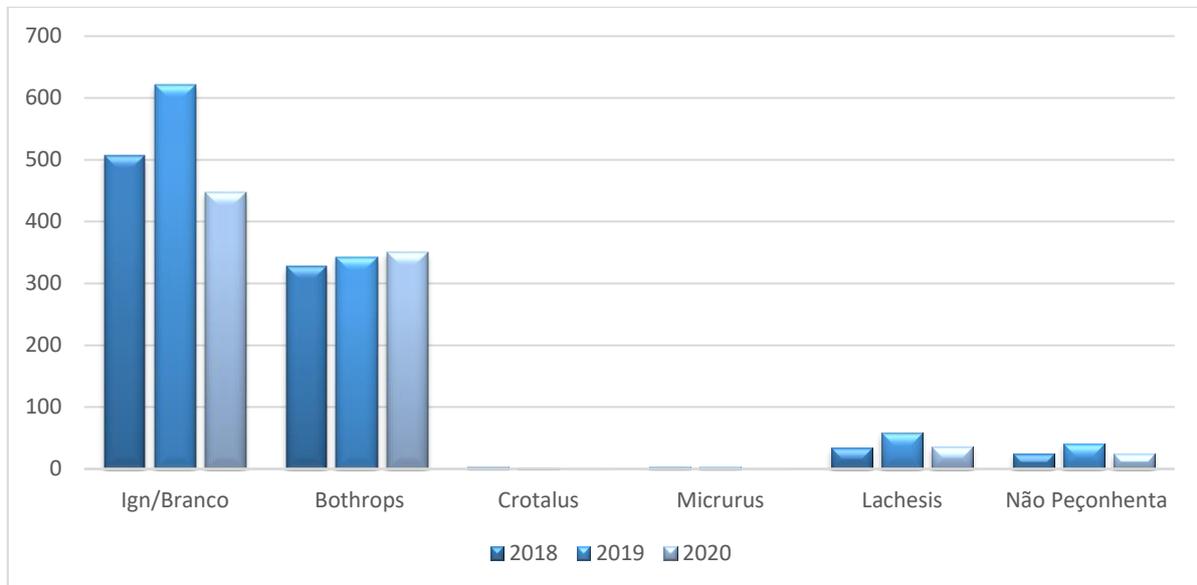
Como relatado anteriormente, o acidente por serpente representou 50,3% do total geral das notificações, cujo tipo de serpente mais incidente foi o do gênero Bothrops, popularmente conhecida na região Norte como jararaca, mantendo-se na mesma frequência durante os três anos estudados, conforme demonstrado no gráfico 2. Esse mesmo gênero foi identificado no estado do Rio de Janeiro, no estado do Amapá e em um município do estado do Pará^{12, 15, 16}. A maioria dos

acidentes ofídicos no Brasil é ocasionada por serpentes do grupo Bothrops, os casos de acidentes envolvendo os gêneros Micrurus e Lachesis são raros. As regiões brasileiras onde há maior incidência com Bothrops e Lachesis são Norte e Centro-Oeste¹. Chama atenção, ainda, um número elevado de informações em branco ou ignorado no preenchimento das fichas de notificação de acidentes do SINAN, talvez, deva-se ao fato da não identificação do animal por

parte do acidentado ou até mesmo a informação tenha sido negligenciada no ato do preenchimento, necessitando de maiores orientações sobre a importância

da completude do formulário de notificação e informações fidedignas na implementação de políticas públicas preventivas.

Gráfico 2. Tipo de serpente envolvidas nos acidentes no estado do Acre no triênio de 2018 a 2020.



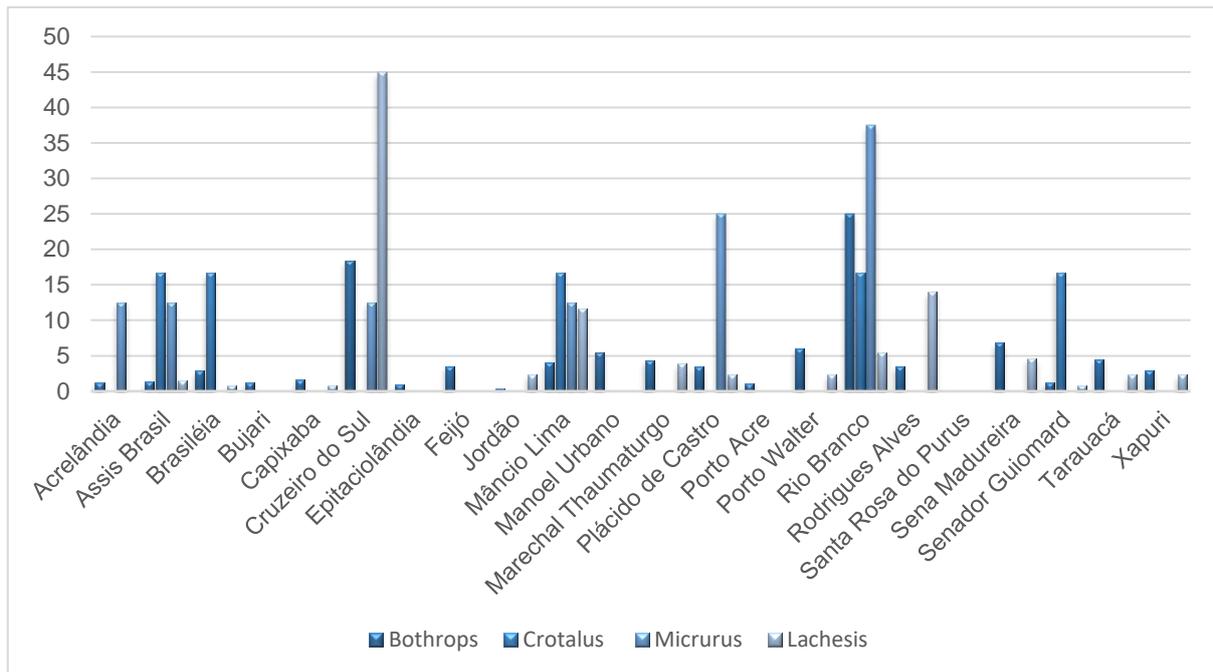
Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN NET), SVS/MS, 2021.

Para facilitar a análise, foram excluídas as informações ignorada/branco e as serpentes não peçonhentas do gráfico 3, onde se observa que no município de Cruzeiro do Sul a maior ocorrência de acidente foi pelo gênero *Lachesis*, conhecida popularmente como surucucu e pico-de-jaca, seguida por *Bothrops* conhecida como jararaca. Também é possível verificar que na capital Rio Branco houve uma elevada notificação do gênero *Micrurus*. O gênero *Crotalus* esteve presente nas notificações em cinco

municípios, apontando para maiores esclarecimentos sobre a presença dessa espécie na região, acredita-se que seja equívoco na notificação, uma vez que essa espécie não faz parte da fauna acreana.

Alguns autores realizaram estudos no município de Cruzeiro do Sul onde relataram a maior ocorrência de acidentes com o gênero *Bothrops* e resultado semelhante encontrado em Rio Branco divergindo dos achados neste estudo^{13, 17}.

Gráfico 3. Tipo de serpentes envolvidas nos acidentes por municípios do Acre no período de 2018 a 2020.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN NET), SVS/MS, 2021.

O tempo que leva para a vítima de acidente por animais peçonhentos ser atendida é muito importante, pois quanto mais retardado for o atendimento, mais grave são os danos ocasionados pelo evento^{6, 18}. Conforme demonstrado na tabela 2, grande parte (30,70%) dos acidentados foram atendidos dentro da primeira hora em todos os anos, sendo a

maioria atendida entre 0 e 3 horas (57,45%). De acordo com o Ministério da Saúde, o ideal é que o atendimento seja realizado entre zero e seis horas após o evento, pois a redução das complicações clínicas depende do diagnóstico precoce e do tratamento antiveneno adequado por parte dos profissionais de saúde, resultando em melhor prognóstico¹⁹.

Tabela 2. Frequência do tempo decorrido do acidente até o atendimento no estado do Acre nos períodos de 2018, 2019 e 2020.

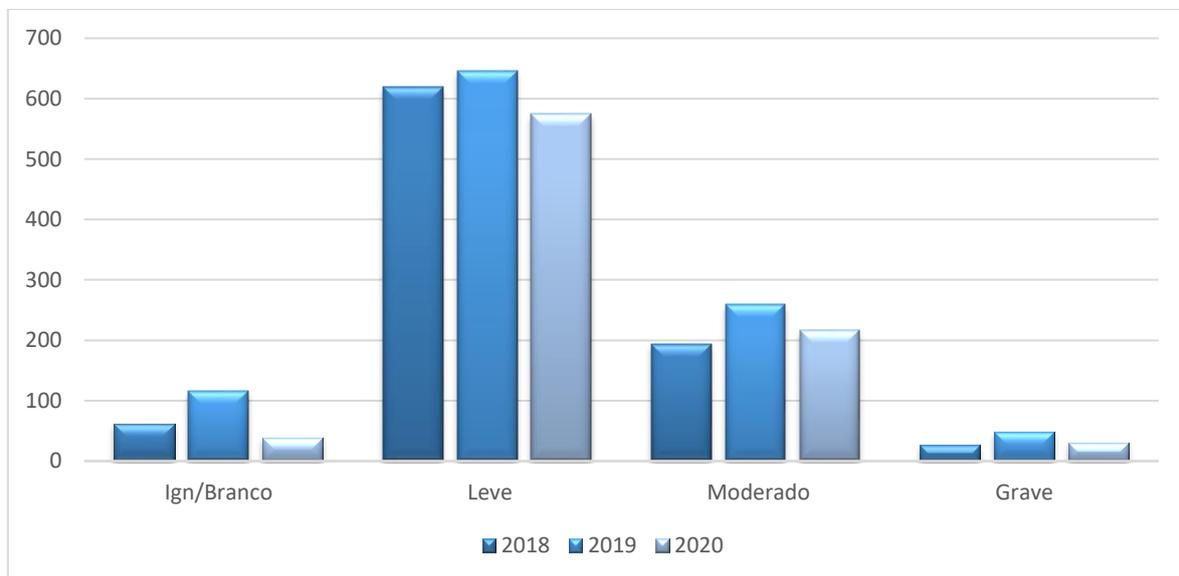
Variáveis	Ano			Total	%
	2018	2019	2020		
Tempo picada e atendimento/ horas					
Ignorado/branco	77	144	87	308	10,30
0 a 1	292	333	286	911	30,70
1 a 3	258	300	237	795	26,80
3 a 6	152	136	132	420	14,20
6 a 12	46	62	52	160	5,40
12 a 24	39	45	48	132	4,40
24 e + horas	72	97	73	242	8,20
Total	936	1.117	915	2.968	100,00

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN NET), SVS/MS, 2021.

Quanto à classificação da gravidade dos acidentes por animais peçonhentos (gráfico 4), foi relacionada a gravidade leve em todos os anos estudados. Essas mesmas informações foram observadas individualmente em todos os municípios que compõem o estado do Acre, corroborando a confirmação das informações apresentadas na tabela 2 anteriormente, que mostra o atendimento

dos acidentados na maior parte entre zero e três horas. Este resultado também foi relatado por outros pesquisadores da temática, onde a maioria dos acidentes foi classificada clinicamente como leve, porém a demora no atendimento médico e soroterápico pode elevar consideravelmente a taxa de letalidade^{18, 20, 21}.

Gráfico 4. Classificação final quanto à gravidade dos acidentes por animais peçonhentos no estado do Acre no triênio de 2018 a 2020.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN NET), SVS/MS, 2021.

Ao analisar a gravidade segundo o município, verificou-se que todos os vinte e dois municípios que compõem o estado do Acre declararam em suas notificações os acidentes com gravidade leve.

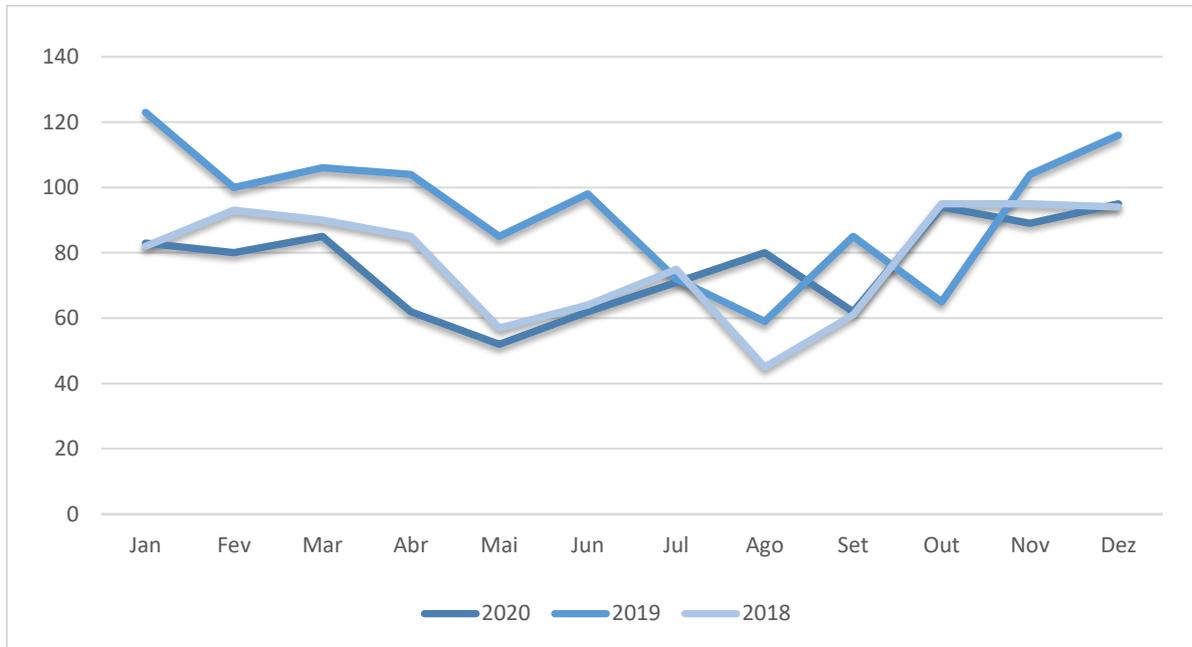
O gráfico 5 apresenta o número total de acidentes por animais peçonhentos por mês de ocorrência, nos anos de 2018, 2019 e 2020. Pode-se observar que os meses com maior ocorrência foram

janeiro, outubro, novembro e dezembro. Mesmo que cada ano tenha um quantitativo específico para cada mês, é possível verificar que as variações das frequências se mantiveram nos mesmos níveis. Pode-se inferir que essas variações coincidem com os níveis pluviométricos locais, observados através do aumento das chuvas na região Norte da Amazônia ocidental nestes períodos,

favorecendo os acidentes com animais peçonhentos.⁴ Na região Norte, mesmo que os acidentes sejam com maior

frequência nos três primeiros meses do ano, não existe uma variação tão marcada como nas demais partes do país¹.

Gráfico 5. Número de acidentes por animais peçonhentos por mês de ocorrência no estado do Acre no triênio de 2018 a 2020.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN NET), SVS/MS, 2021.

Para melhor visualizar a frequência mensal, o gráfico 6 apresenta apenas o ano de 2020, sendo possível verificar a linearidade da frequência dos eventos durante todos os meses do ano, demonstrando que no estado do Acre os acidentes por animais peçonhentos são frequentes durante todo o ano.

Vale ressaltar que alguns animais peçonhentos aumentam sua atividade nos períodos quentes e chuvosos, enquanto que nos períodos frios e secos permanecem por mais tempo em esconderijos. Talvez esse comportamento

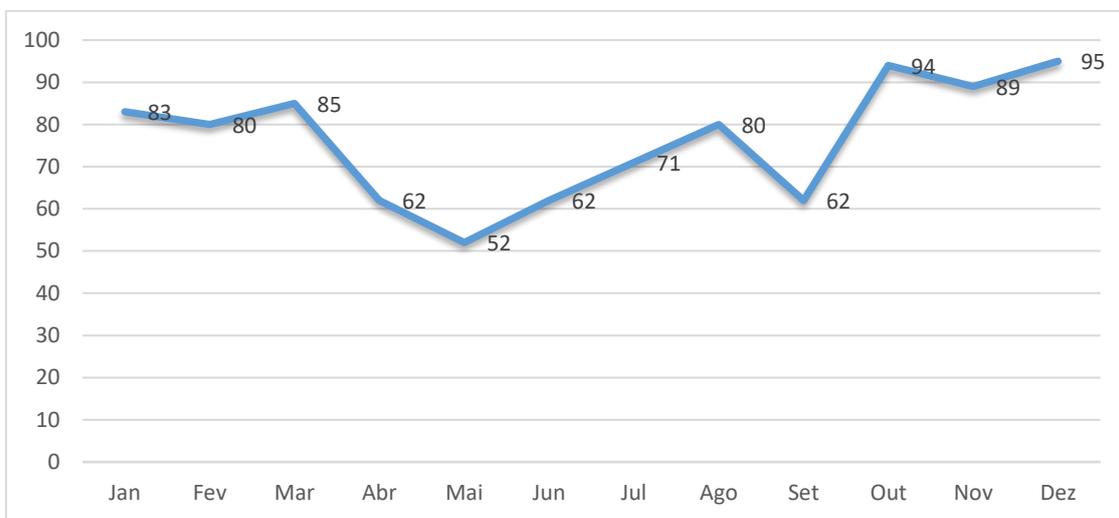
esteja relacionado à menor disponibilidade de alimento²². Essa movimentação também pode ser desencadeada pelo período de reprodução e pelo desalojamento provocado pelas chuvas constantes na região, levando-os a abrigar-se em locais secos, peri e intradomicílio, facilitando o encontro desses animais com humanos.^{7, 23}

No Brasil, os acidentes por animais peçonhentos têm sido a maior causa de notificações por intoxicações, e, dentre esses animais, destacam-se as serpentes

peçonhentas, com os maiores registros na região Norte do País²⁴. Nos últimos anos, algumas espécies têm sido contempladas em estudos por pesquisadores em alguns municípios do estado do Acre. Ofidismo em Rio Branco, em Cruzeiro do Sul e em Tarauacá e acidentes com aranhas e escorpião foram relatados em Cruzeiro do

Sul, onde identificaram a média da incidência de acidentes com aranhas (12 casos/100.000 habitantes em 2017) e escorpiões (29,28 casos/ 100.000 habitantes), sendo as maiores registradas para a Amazônia brasileira e a maior do Brasil, da região Norte e do estado do Acre^{17, 13, 25, 26, 14,}

Gráfico 6. Número de acidentes por animais peçonhentos por mês de ocorrência no estado do Acre no ano de 2020.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN NET), SVS/MS, 2021.

O quadro 1 apresenta o coeficiente de incidência de acidentes por animais peçonhentos por 100.000/habitantes segundo o município de ocorrência no triênio estudado. Observa-se que o Município de Brasiléia apresentou o maior Coeficiente de acidentes por dois anos seguidos, 392 casos/100.000 habitantes em 2019 e 318 casos/100.000 habitantes em 2020, apresentando o maior coeficiente em relação ao total de municípios do Estado no triênio com um coeficiente de 326 casos/100.000

habitantes. O município de Feijó foi o que apresentou o menor risco para acidentes com animais peçonhentos no triênio com um coeficiente de 46 casos/100.000 habitantes. A capital Rio Branco apresentou no triênio um coeficiente médio de 67 casos/100.000 habitantes.

Também chama atenção para os municípios de difícil acesso como Jordão e Santa Rosa do Purus, que apresentaram um baixo índice de notificação durante os três anos analisados, necessitando maior investigação sobre o assunto. Estudos

relacionando esses dados com a preservação ambiental nessas localidades serão importantes, uma vez que são municípios com grande área de florestas densas, *habitat* ideal para fauna da Amazônia.

O aumento significativo das áreas de desmatamento, e também a exploração das áreas de mata nas zonas rurais, contribuem para o aumento dos coeficientes de cada município^{4, 27, 28}.

Dados registrados no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN NET), reportam que no ano de 2020 foram notificados no Brasil 236.673 casos de acidentes por animais peçonhentos, com um coeficiente de 112 casos/100 mil habitantes, na região norte, foram registradas 20.435 com um coeficiente de

110 casos/100 mil habitantes, representando 8,6% dos casos notificados²⁹. No estado do Acre, ao analisar as notificações para o mesmo ano, verificou-se um resultado um pouco abaixo da região Norte, apresentando um coeficiente de 100 casos/100 mil habitantes.

Um estudo de perfil epidemiológico de acidentes por animais peçonhentos realizado na região Norte, demonstrou que o Estado do Pará apresentou o maior número de casos registrados (7.122 casos/ano), enquanto Roraima apresentou o menor número de ocorrência (528 casos/ano)²⁴. Os autores atribuíram tal resultado à influência da extensão territorial dos dois estados, onde o Pará detém maior extensão geográfica.

Quadro 1. Coeficiente de acidentes por animais peçonhentos segundo o município de ocorrência no triênio de 2018 a 2020.

Municípios/AC	2018			2019			2020		
	f	Pop	Coef.*	f	Pop	Coef.*	f	Pop	Coef.*
Acrelândia	17	15.020	113,18	33	15.256	216,31	25	15.490	161,39
Assis Brasil	8	7.300	109,59	15	7.417	202,24	8	7.534	106,19
Brasiléia	69	25.848	266,95	103	26.278	391,96	85	26.702	318,33
Bujari	11	10.111	108,79	17	10.266	165,60	6	10.420	57,58
Capixaba	4	11.456	34,92	19	11.733	161,94	7	12.008	58,29
Cruzeiro do Sul	143	87.673	163,11	150	88.376	169,73	140	89.072	157,18
Epitaciolândia	34	18.122	187,62	45	18.411	244,42	26	18.696	139,07
Feijó	13	34.675	37,49	25	34.780	71,88	10	34.884	28,67
Jordão	5	8.159	61,28	9	8.317	108,21	5	8.473	59,01
Mâncio Lima	32	18.638	171,69	52	18.977	274,02	15	19.311	77,68
Manoel Urbano	30	9.336	321,34	28	9.459	296,01	19	9.581	198,31
Marechal Thaumaturgo	32	18.430	173,63	20	18.867	106,01	32	19.299	165,81
Plácido de Castro	22	19.565	112,45	40	19.761	202,42	48	19.955	240,54
Porto Acre	20	18.180	110,01	14	18.504	75,66	15	18.824	79,69

Porto Walter	24	11.720	204,78	27	11.982	225,34	36	12.241	294,09
Rio Branco	286	401.155	71,29	309	407.319	75,86	229	413.418	55,39
Rodrigues Alves	27	18.504	145,91	39	18.930	206,02	41	19.351	211,88
Santa Rosa do Purus	5	6.362	78,59	6	6.540	91,74	3	6.717	44,66
Sena Madureira	48	45.177	106,25	57	45.848	124,32	45	46.511	96,75
Senador Guiomard	8	22.810	35,07	26	23.024	112,93	20	23.236	86,07
Tarauacá	22	41.976	52,41	16	42.567	37,59	26	43.151	60,25
Xapuri	59	19.048	309,74	55	19.323	284,63	54	19.596	275,57
Total	919	869.265	105,72	1.106	881.935	125,41	895	894.470	100,06

*Coeficiente por 100.000 hab.

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN NET), SVS/MS, 2021.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Este estudo apresentou algumas limitações, e dentre elas destacam-se as constantes atualizações/processamento dos dados no sistema, grande número de informações em branco/ignorado, notificação de animais que não fazem parte da fauna do estado, revelando a necessidade e relevância do preenchimento da ficha de notificação com maior rigor. A plataforma do DATASUS Tabnet apresentou problemas antes da conclusão do levantamento dos dados, necessitando auxílio do MS/SVS/CGIAE - Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas, e com isso, algumas informações vieram diferentes. Mas essas limitações não comprometeram a conclusão do estudo, o qual poderá auxiliar na implementação de novos estudos na área de acidentes por animais peçonhentos.

CONCLUSÃO

Os acidentes com animais peçonhentos é um problema de saúde pública que deve ser enfrentado por meio de ações conjuntas entre a vigilância em saúde, e outros órgãos do estado envolvidos no assunto, para a implementação de medidas, visando à melhoria da assistência à saúde da população, principalmente nos municípios que apresentam maior gravidade de acidentes.

Este estudo possibilitou verificar que o perfil epidemiológico de acidentes envolvendo animais peçonhentos no estado do Acre entre os anos de 2018 a 2020 teve maior ocorrência em homens, na faixa etária de 20 a 49 anos da raça parda, com maior frequência de acidentes provocados por ofidismo do gênero Bothrops. A maioria dos acidentes foram classificados como leve, e o tempo de atendimento foi entre zero e três horas.

O município de Brasiléia apresentou o maior número de casos notificados de acidentes por animais peçonhentos e o

coeficiente de acidentes no ano de 2020 no estado do Acre foi menor que o da região Norte do Brasil.

A partir dos dados analisados foi possível verificar que existem falhas no fluxo de informação do SINAN considerando o grande número de informações que não foram preenchidas nas fichas de notificação, especificamente a omissão de informações importantes no sistema, seja por desconhecimento do dado, seja por desconsideração de sua importância, apontando para necessidade de capacitação dos profissionais envolvidos no preenchimento dessas informações, pois informações inadequadas podem comprometer o planejamento e a implementação de ações preventivas e de apoio aos acidentados.

Outros estudos serão necessários para melhor estabelecer o perfil clínico epidemiológico dos acidentes com animais peçonhentos na região, e assim, traçar medidas de educação em saúde adequadas com vistas na prevenção de acidentes.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de vigilância em saúde**: volume 4. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: http://www.dive.sc.gov.br/includes/guia_s/docs/Guia_Vigilancia_Saude_4_edicao.pdf.
2. OMS. Organização Mundial da Saúde. **Novo roteiro para doenças tropicais negligenciadas 2021-2030**. Genebra: OMS, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/teams/control-of-neglected-tropical-diseases/ending-ntds-together-towards-2030>
3. ASSIS, S.N.S.; LIMA, R. A.; RODRIGUES, J. J. P. Levantamento de acidentes com animais peçonhentos registrados em Tabatinga-AM Brasil. **Revista Gestão e Sustentabilidade Ambiental**, v. 8, n. 1, p.582-599, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.19177/rgsa.v8e12019582-599>
4. MACEDO JUNIOR, A. M. Perfil epidemiológico dos acidentes com animais peçonhentos na região norte do Brasil, estado do Amazonas/AM. **Nature and Conservation**, v.13, n.3, p.24-31, 2020. DOI: <http://doi.org/10.6008/CBPC2318-2881.2020.003.0003>
5. VIEIRA, G. P. S.; MACHADO, C. Animais peçonhentos de importância médica no município do Rio de Janeiro. **Journal Health NPEPS**. 2017. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/1790>
Acesso em: 22 mar. 2021.
6. SOARES, F. G. S.; SACHETT, J. D. A. G. Caracterização dos acidentes com animais peçonhentos: as particularidades do interior do Amazonas. **Scientia Amazônia**, v.8, n.3, 2019. Disponível em: Revista online <http://www.scientia-amazonia.org>
7. SOUZA C. M. V.; MACHADO C. Animais peçonhentos de importância médica no município do Rio de Janeiro. **Journal Health NPEPS**. 2017; 2(Supl.1):16-39. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/03/1052497/1790-6176-2-pb.pdf>

8. LOPES, M. V.O.; ROUQUAYROL, M.Z. **Desenhos de Pesquisa em Epidemiologia**. In: Rouquayrol: epidemiologia & saúde. 8 ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2018. 117-28p
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de informática do SUS (DATASUS). **Informações de Saúde. Demográficas e Socioeconômicas**. [online]. Disponível em: www.datasus.gov.br. Acesso: 22 mar. 2021.
10. BRAGA, J. R. M.; SOUZA, M. M. C.; MELO, I. M. L. A.; FARIA, L. E. M.; JORGE, R. J. B. Epidemiology of accidents involving venomous animals in the State of Ceará, Brazil (2007–2019). **Journal of the Brazilian Society of Tropical Medicine**. Vol.:54:(e05112020):2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0511-2020>.
11. CUNHA, L. E. R. **DSEI YANOMAMI e os acidentes ofídicos no norte do Brasil: do perfil epidemiológico à avaliação da termoestabilidade dos soros antiofídicos como estratégia de saúde pública**. Tese apresentada ao Instituto Oswaldo Cruz para obtenção do grau de Doutor. Rio de Janeiro; s.n; 2020. 142 p. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1145661>. Acesso em: 22 mar. 2021.
12. VIEIRA, G. P. S.; MACHADO, C. Acidentes por animais peçonhentos na região serrana, Rio de Janeiro, Brasil. **Journal Health NPEPS**. 2018; 3(1):211-227. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.30681/252610102776>. Acesso em: 22 mar. 2021.
13. CAMARA, O. F.; SILVA, D.D.; HOLANDA M.N; BERNARDE, P. S.; SILVA, A. M.; MONTEIRO, W. M.; et al. Envenenamentos ofídicos em uma região da Amazônia Ocidental Brasileira. **Journal of Human Growth and Development**. 2020; 30(1):120-128. Disponível em: <http://doi.org/10.7322/jhgd.v30.9958>
14. SILVA, E. P.; MONTEIRO, W. M.; BERNARDE, P. S. Scorpion stings and spider bites in the Upper Juruá, Acre – Brazil. **Journal of Human Growth and Development**. 2018; 28(3):290-297. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.152178>
15. NEIVA, C. A. C.; AQUINO, V. A.N.; CANTANHÊDE, L. A.; ARAÚJO, M. H. M.; FECURY, A. A; DIAS, C. A. G. M. Caracterização epidemiológica das intoxicações exógenas por substâncias nocivas e acidentes por animais peçonhentos em crianças no Estado do Amapá. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. 04:09, 41-66, 2019. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/caracterizacao-epidemiologica>. Acesso em: 09 jun. 2021.
16. SILVA, G. M.; SILVA E. O.; GALVÃO FILHO, E. B.; FERREIRAS, S.; CANESE, J.; DIAZ, P. R. R. R. Caracterização de acidentes por animais peçonhentos no município de Afuá, Pará, Brasil (2016). **Revista Eletrônica Acervo Científico**, v. 3, p. 656, 3 jun. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reac.e656.2019>. Acessado em: 09 jun. 2021.
17. OLIVEIRA, L. P.; MOREIRA, J. G.V.; SACHETT, J. A. G.; MONTEIRO, W. M.; MENEGUETTI, D. U. O.; BERNARDE, P. S. Snakebites in Rio Branco and surrounding region, Acre, Western Brazilian Amazon. **Revista Sociedade Brasileira de Medicina Tropical** 53:(e20200214): 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0214-2020>

18. LOPES, L. D.; LISBÔA, J. D. B.; SILVA, F. G. Perfil clínico e epidemiológico de vítimas de acidentes por animais peçonhentos em Santarém – PA. **Journal Health NPEPS**. 5(2):161-178. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.30681/252610104707>
19. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 7 ed. amp. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf
20. FEITOSA, S. B.; MISE, Y. F.; MOTA, E. L. A. Ofidismo no Tocantins: análise ecológica de determinantes e áreas de risco, 2007-2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, 29(4):2020. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1679-497420200004&lng=pt&nrm=is. doi: 10.5123/S1679-49742020000400016
21. PAULA, L. N.; REZENDE, C. M. S.; OLIVEIRA, J. I. L.; SOUSA, T. J. S.; ROCHA, A. M.; ALMEIDA, J. S. Perfil epidemiológico dos acidentes envolvendo animais peçonhentos. **Revista Interdisciplinar**. 13:1738. 2020. Disponível em: <https://revistainterdisciplinar.uninovafa.pi.edu.br/index.php/revinter/article/view/1738>
22. SOUSA, D.J.; LINO, M. R. B.; TRENTO, S. R. S. S. S.; OLIVEIRA, M. L.; ANDRADE, J. X. Estudo retrospectivo dos acidentes por animais peçonhentos no estado do Piauí. **Revista Interdisciplinar UNINOVAFAPI**. v. 12, n. 4, p. 32-38, 2019. Disponível em: https://revistainterdisciplinar.uninovafa.pi.edu.br/index.php/revinter/article/view/1686/pdf_453
23. NASCIMENTO, J.L.M.; ESPÍNDOLA, M.F.; AZEVEDO, D.R.M. Epidemiologia dos acidentes com animais peçonhentos registrados no estado de Goiás entre os anos de 2007 e 2017. **Revista Educação em Saúde**.v.7, n.2, p. 47-54, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.29237/2358-9868.2019v7i2p45-52>
24. LOPES, A. B.; OLIVEIRA, A. A.; DIAS, F. C. F.; SANTANA, V. M. X.; OLIVEIRA, V. S.; LIBERATO, A. A.; GUEDES, V. R. Perfil Epidemiológico dos Acidentes por Animais Peçonhentos na Região Norte entre os anos de 2012 e 2015. **Revista de Patologia do Tocantins**, v.4, n.2, p.36-40, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.20873/uft.2446-6492.2017v4n2p36>.
25. SILVA, A.M.; COLOMBINI, M. MOURA-DA-SILVA, A.M.; SOUZA, R.D., MONTEIRO, W.M.; BERNARDE, P.S. Epidemiological and clinical aspects of snakebites in the upper Juruá River region, western Brazilian Amazonia. **Acta Amazonica**. 50: 90-99, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-4392201901561>
26. SABOIA, C. O; BERNARDE, P. S. Snakebites in the Municipality of Tarauacá, Acre, Western Brazilian Amazon. **Journal of Human Growth and Development** Dev. 2019; 29(1): 117-124. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.157760>
27. MORAES, F.C.A.; SILVA, A. R.; SILVA, E. R.; COELHO, J. S.; PARDAL, P. P.O. Relação dos biomas nos acidentes peçonhentos no Brasil. **Journal Health NPEPS**. 2021; 6(1):175-790. Disponível em:



<http://dx.doi.org/10.30681/252610105320>

28. FRANÇA, J. V. S.; CONCEIÇÃO, M. S.; SOUZA, C. W. S.; RICARDO, N. S.; ARAÚJO, C. C. S.; SILVA, A. V. A.; COSTA, R. S. L. **Acidentes por animais peçonhentos no Acre no período de 2015 a 2019**. In: Ciências Médicas a Amazônia, cap. 11. DA

SILVA, R. do S. U.; MENEGUETTI, D. U. de O. (org.). Rio Branco: Stricto Sensu, 2020. 3-18p. BRASIL, Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde **DATASUS**. Disponível: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinanet/cnv/animaisbr.def>. Acesso em: 3 mar. 2021.

FATORES DE RISCO PARA DEPRESSÃO EM ADULTOS JOVENS: UMA REVISÃO DA LITERATURA

RISK FACTORS FOR DEPRESSION IN YOUNG ADULTS: A LITERATURE REVIEW

Ingrid Sampaio da Silva Freire¹, Jair Alves Maia¹, Heloísa Pena de Araújo¹, João Crystian Furtado Silva¹, João Pedro Brasileiro de Souza¹, Gustavo Souza de Oliveira¹, Tiago Silva Nascimento².

¹ Acadêmico do Curso de Graduação em medicina do Centro Universitário UNINORTE, Rio Branco – Acre, Brasil, 2022.

² Médico de Medicina de Família e Comunidade, graduado pela Universidade Federal do Acre (UFAC) e docente do curso de graduação em medicina do Centro Universitário UNINORTE, Rio Branco – Acre, Brasil, 2022.

Autor correspondente: ingridsampaioac@gmail.com

RESUMO

Introdução: A depressão é considerada um tipo de transtorno afetivo de humor que provoca alterações mentais, corporais e distúrbios de humor associado ao um conjunto de sintomas que podem durar semanas, meses, anos ou perdurar por toda a vida de um paciente, interferindo de forma significativa na vida social, pessoal e profissional do paciente e, às vezes, levando à situações mais trágicas como o suicídio. **Objetivo:** descrever os principais fatores de risco para depressão, através de uma revisão da literatura. **Método:** descrever os principais fatores de risco para depressão através de uma revisão da literatura por meio de pesquisas nas seguintes bases eletrônicas de dados: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Scientific Electronic Library Online (SciELO), manuais do ministério da saúde, livros e similares. **Resultados:** Na base de dados MEDLINE foram identificados 05 artigos que cumpriram os critérios de inclusão e 03 foram selecionados; na LILACS foram identificados 12 artigos que cumpriram os critérios de inclusão, e 04 foram selecionados; no SCIELO foram identificados 208 artigos que cumpriram os critérios de inclusão e 05 foram selecionados e, por fim, na BVS foram identificados 134 artigos e manuais que cumpriram os critérios de inclusão e 7 foram selecionados. Totalizando 19 publicações entre artigos e manuais que cumpriram os critérios de inclusão. **Conclusão:** De acordo com a literatura foi evidenciado que os principais fatores de risco para a depressão são as pressões sofridas no dia-a-dia das pessoas, as exigências por parte da sociedade e da família, a insegurança, a falta de emprego e a genética também considerada um fator de risco, pois pode ser herdadas e influenciar no processo de adoecimento.

Palavras – chave: Depressão. Fatores de risco. Cuidados médicos.

ABSTRACT

Introduction: Depression is considered a type of affective mood disorder that causes mental and bodily changes and mood disorders associated with a set of symptoms that can last for weeks, months, years or last for the entire life of a patient, interfering in a way significant in the social, personal and professional life of the patient and sometimes to more tragic situations such as suicide. **Objective:** to describe the main risk factors for depression through a literature review. **Method:** describe the main risk factors for depression through a literature review through searches in the following electronic databases: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) and Latin American and Caribbean Health Sciences Literature (LILACS); Scientific Electronic Library Online (SciELO), Ministry of Health manuals, books and the like. **Results:** In the MEDLINE database, 05 articles that met the inclusion criteria were identified and 03 were selected; in LILACS, 12 articles that met the inclusion criteria were identified, and 04 were selected; in SCIELO, 208 articles that met the inclusion criteria were identified and 05 were selected and, finally, in the VHL, 134 articles and manuals were identified that met the inclusion criteria and 7 were selected. **Conclusion:** According to the literature, it was shown that the main risk factors for depression are the pressures suffered in the daily lives of people, the demands of society and the family, insecurity, lack of employment and genetics is also considered a risk factor, as it can be inherited and influence the disease process.

Keywords: depression; risk factors, medical care.

INTRODUÇÃO

Os transtornos depressivos são muito prevalentes e estão associados com alto grau de prejuízos à saúde mental da população em geral. Estima-se que a prevalência, ao longo da vida, para o transtorno depressivo varie entre 6 e 17%. Segundo dois grandes estudos epidemiológicos que foram realizados por um longo período nos Estados Unidos, os mesmos demonstraram tal prevalência sobre a população adulta jovem¹.

A depressão é uma doença que envolve alterações cerebrais e, conseqüentemente, físicas e sociais.

Hipócrates, há 25 séculos já havia dedicado atenção bem como à descrito, e, hoje, continua sendo um assunto em discussão pela comunidade médica e científica por causar sofrimento e impactar na vida social e profissional das pessoas. A depressão por ser uma doença estigmatizada, a sociedade ainda tende esconder e negar que está sendo afetada por tal problema. Devido ao estigma social, que é muito grande, os portadores da doença escusam comentários e o omitem para evitar maiores constrangimentos, logo, o sofrimento torna-se mais intenso por não compartilhar com outras pessoas².

Embora a depressão se caracterize como transtornos de humor, existem três conjuntos de sintomas comuns: os sintomas emocionais, os sintomas cognitivos e os sintomas físicos, que irão impactar negativamente na qualidade de vida dos pacientes acometido pela doença. O paciente deve apresentar todos esses sintomas para ser diagnosticado como depressivo, contudo, quanto mais sintomas ele tiver e quanto mais intensos eles forem, maior a certeza de que o indivíduo sofre desta patologia³.

Sabendo que a depressão é considerada um tipo de transtorno afetivo de humor que provoca alterações mentais, corporais e distúrbios de humor associado ao um conjunto de sintomas, ela pode durar semanas, meses, anos ou perdurar por toda a vida de um paciente, interferindo de forma significativa na vida social, pessoal e profissional e, às vezes, levando à situações mais trágicas como o suicídio⁴.

As pessoas acometidas por depressão apresentam-se insatisfeitas com a vida, dessa maneira, gestos que antes proporcionavam satisfação passam a não mais apresentar significado e a se tornarem tristes e insignificantes. A maioria desses pacientes diz não mais obter gozo com as atividades anteriores e muitos dizem perder o interesse e o afeto pelas pessoas. Os sintomas cognitivos

consistem, principalmente, em pensamentos negativos, baixa autoestima, sensação de culpa pelos fracassos, e esses pacientes passam a duvidar de sua capacidade de realizar algo que melhore a sua qualidade de vida⁴.

A maioria dos estudos epidemiológicos revela uma relação entre os eventos de vida considerados estressantes, especialmente os eventos negativos, o estresse crônico e o cotidiano como fatores de riscos para o início e a evolução da depressão em um ser humano que já tem outros conflitos de ordem genética, social e ambiental. O acúmulo de eventos de vida estressantes, entre os quais se incluem, além de mortes, separações e doenças graves, início em um trabalho novo e mudanças nas condições de trabalho, parece predispor uma pessoa a episódios de depressão⁵.

A realização da presente pesquisa justifica-se pela importância de conhecer os principais fatores de risco para depressão na população em geral e estimular o desenvolvimento de mais pesquisas acerca da depressão, que na atualidade essa doença é caracterizado como um problema de saúde pública mundial.

Este estudo teve como objetivo descrever os principais fatores de risco

para depressão, através de uma revisão da literatura.

MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de um estudo de revisão narrativa da literatura. Revisão narrativa da literatura são publicações amplas apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o estado da arte de um assunto, sob o ponto de vista teórico ou contextual. Constituem de análise da literatura publicada em livros, artigos de revistas impressas e ou eletrônicas, na interpretação e análise crítica pessoal do autor do estudo.

Para a busca dos artigos científicos, foram realizadas pesquisas nas seguintes bases eletrônicas de dados: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Scientific Electronic Library Online (SciELO); manuais do ministério da saúde; livros e similares. Os descritores utilizados foram: depressão, fatores de risco para depressão, crises depressivas.

Após a seleção dos artigos foram analisados os títulos e os resumos elegidos que se enquadraram nos critérios de inclusão e excluídos os que não se enquadraram nos critérios selecionados para a construção da presente pesquisa, pois diziam respeito às medidas de

prevenção das lesões por pressão em pacientes internados e acamados com limitação de movimentos.

Os critérios de inclusão foram: pesquisa de campo, estudos de caso e revisão sistemática, revisão narrativa, metanálise, coorte observacional, estudo prospectivos e retrospectivos referente aos fatores de riscos para depressão na população adulta jovem.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A depressão trata-se de uma doença multifatorial que apresenta como principais fatores de risco o histórico pessoal com traumas na infância na maioria dos casos, fator biológico associado diretamente a disfunção ou falta gerada por desequilíbrio, como por exemplo a depressão endógena, doenças físicas e o consumo exagerado de álcool. A presença de depressão intensifica diversos quadros relacionados à saúde em pacientes clínicos. Estudos recentes descreveram maior mortalidade associada a sintomas depressivos em pacientes idosos com doenças clínicas crônicas⁶.

Tal patologia caracteriza-se como um transtorno de humor que, dentre eles, têm-se a tristeza e perda de prazer. Os sintomas cognitivos são: visão negativa sobre si, desesperança, dificuldade de concentração e memória; já os sintomas

motivacionais incluem a passividade, a falta de iniciativa e de persistência; e, por fim, os físicos caracterizados por mudança do apetite e sono, fadiga, aumento de dores e mal-estar nas atividades⁷.

É frequente ainda a insatisfação com a vida. O paciente não deve apresentar todos esses sintomas para ser diagnosticado como depressivo, contudo, quanto mais sintomas ele tiver e quanto mais intensos eles forem, maior a certeza de que o indivíduo sofre desta patologia. Gestos que antes proporcionavam satisfação, nessa fase, parecem tristes e insignificantes. A maioria dos pacientes com depressão diz não mais obter gozo com as atividades anteriores ou até perder o interesse e o afeto pelas pessoas⁸.

Há evidências de que pacientes com doenças respiratórias crônicas e cardiovascular apresentem maior prevalência para essa patologia, por outro lado, outras pesquisas apontam que não realizam ajuste da associação. A depressão pode estar associada às mudanças hormonais e fisiológicas no organismo que aumentam a chance de desenvolvimento de determinadas doenças crônicas, i.e., logo, a mesma seria uma exposição de risco para a origem de outras doenças crônicas. Já se relatou relação de episódios depressivos com diminuição na variabilidade da

frequência cardíaca, níveis elevados de cortisol, além de ter impacto no sistema nervoso autônomo, em fatores metabólicos e no eixo hipotálamo- -pituitária⁹.

Vários transtornos psiquiátricos em adultos têm sido relacionados a algum trauma na infância. A magnitude do problema é variável, sendo que alguns estudos apontam para a ocorrência de traumas na infância em aproximadamente 50% dos adultos com psicopatologia¹⁰. Em 1996, foi realizada uma pesquisa transversal, de base populacional, na cidade de Pelotas RS, Brasil, para estudar eventos estressantes ocorridos na infância e adolescência e sua possível associação com transtornos psiquiátricos menores na idade adulta. Foram entrevistadas 841 pessoas, havendo uma prevalência de 23,8% de transtornos psiquiátricos menores. Tais transtornos estavam associados, de forma estatisticamente significativa, com eventos estressantes na infância. Os eventos estudados foram: perda por morte ou abandono de pessoa afetivamente significativa, separação dos pais, maus tratos, abuso sexual, presença de familiar com doença crônica ou grave e presença de familiar que bebia muito¹¹.

Os mesmos autores, na busca de modelos etiológicos integrados estudaram 680 pares de gêmeas a partir de uma

amostra populacional, utilizando nove variáveis preditores de depressão. O modelo preditivo de variância foi o que mais se ajustou em relação à depressão (50,1%). Enquanto 60% do fator genético estava diretamente relacionado à depressão, os 40% restantes se relacionavam de forma indireta, mediados por história prévia de episódios depressivos e outros eventos estressores. O modelo sugere que pelo menos quatro dos seguintes fatores de risco, interagindo, são necessários para a compreensão da etiologia da depressão maior: (a) experiências traumáticas, (b) fatores genéticos, (c) temperamento e (d) relações interpessoais¹².

Pesquisas mostram que, durante o período da pandemia estudado, em que os casos confirmados de Covid-19 no Brasil ascenderam de 45.757 para 330.890, e as mortes, de 2.906 para 21.048,1 o sentimento frequente de tristeza/depressão atingiu 40% dos adultos brasileiros, e a frequente sensação de ansiedade e nervosismo foi reportada por mais de 50% deles¹³.

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), estima-se que

4,4% da população mundial sofre de depressão. Segundo a mesma fonte (OMS), no Brasil, esse índice é um pouco mais elevado: 5,8%¹⁴. Um índice de 19,2%, entre os estudantes do presente estudo, se mostra muito acima da média brasileira para a população geral. Há, contudo, uma tendência maior a sintomas de depressão, e depressão propriamente dita, entre estudantes e profissionais da área de saúde¹⁵.

Segundo o DMS-5 para o diagnóstico da depressão se faz necessário a presença de cinco (ou mais) dos seguintes sintomas, presentes durante o mesmo período de duas semanas e representando uma mudança em relação ao funcionamento anterior; sendo os sintomas: humor deprimido, perda de interesse ou prazer, perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta, insônia ou hipersonia quase todos os dias, agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias, fadiga ou perda de energia quase todos os dias, sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada, capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, pensamentos recorrentes de morte¹⁶.

QUADRO 1: Fatores de risco para a depressão em adultos jovens através de uma revisão.

AUTOR/ANO	TÍTULO	OBJETIVO	RESULTADOS
LIMA; FLECK, 2010	Qualidade de vida e depressão: uma revisão da literatura	Avaliar artigos que relacionam depressão com a qualidade de vida.	O estudo mostrou que os sintomas depressivos causam um importante impacto na vida dos indivíduos afetados, como falta ao trabalho, falta a escola e diminuição do rendimento no trabalho e nos estudos.

GARRO; <i>et al</i> , 2005	Depressão em de Graduandos de Enfermagem	Apresentar o percentual de graduandos de enfermagem com depressão	O estudo mostrou que os alunos do segundo ano e do quarto ano da graduação de enfermagem apresentaram (34,21%) de sintomas depressivos, enquanto os alunos do primeiro e do terceiro ano apresentaram (42,10%) de sintomas indicativos de depressão.
TENG, <i>et al</i> , 2005	Depressão e comorbidades clínicas	O artigo visa apresentar comorbidade que possuem sintomas depressivos	O estudo destacou que as pessoas que mais apresentaram sintomas depressivos foram aquelas portadoras de comorbidades como o diabetes, a hipertensão, HIV e outras doenças que são controladas e que ainda não tem uma cura definitiva.
COHEN; <i>et al</i> , 2019	Relação entre Sintomas Depressivos e Esperança Cognitiva em Universitários	Verificar a relação entre os sintomas depressivos e a esperança cognitiva em estudantes de engenharia	Os resultados apontados mostraram que a relação entre os sintomas depressivos e a esperança cognitiva é negativa, onde sempre vão se anular.
LAFER; FILHO, 2000	Genética e fisiopatologia dos transtornos depressivos	Esta breve revisão visa enfatizar os estudos sobre os aspectos genéticos, neuroquímicos e neuro anatômicos na etiologia e fisiopatologia das depressões e suas implicações no desenvolvimento de novos tratamentos.	O estudo apontou famílias, gêmeos e adotados indicam a existência de um componente genético para depressão tanto unipolar como bipolar. Estima-se que este componente genético represente cerca de 40% da susceptibilidade para desenvolver depressão unipolar. Os estudos de genética molecular não conseguiram ainda identificar um <i>locus</i> gênico específico para a depressão, possivelmente por se tratar de uma enfermidade com heterogeneidade etiológica.
FEITOSA, 2014	A depressão pela perspectiva biopsicossocial e a função protetora das habilidades sociais	O presente ensaio seguiu uma perspectiva biopsicossocial de análise da literatura, reunindo informações sobre os fatores de risco e proteção associados aos sintomas depressivos.	A presente análise da literatura mostrou que a depressão, embora multideterminada, frequentemente está associada a problemas interpessoais que podem ser resolvidos pelo aprimoramento de habilidades sociais. O uso de habilidades sociais para resolver problemas interpessoais ou resolver problemas de outra natureza, pela via interpessoal, contribui para a redução dos sintomas depressivos à medida que altera as condições do ambiente vivencial da pessoa, incluindo a construção de suporte social, aumento da autoconfiança e autoestima nas relações interpessoais, diminuição do estresse e aumento nos reforçadores sociais em geral.
SILVA, 2020	Covid-19 no Brasil: estresse como preditor da depressão.	Os estudos sobre saúde mental têm demonstrado que os níveis de estresse e de depressão das pessoas ao redor do mundo vem aumentando durante a pandemia COVID-19.	Tomados em conjunto, os resultados encontrados nesta pesquisa alinham-se com diferentes estudos que vem demonstrando como o período pandêmico, bem como o isolamento social, déficits sanitários e socioeconômicos), podem ser prejudiciais para a saúde mental da população, reverberando diretamente nos níveis de estresse e na vulnerabilidade à depressão. No Brasil, uma das possíveis explicações para esse resultado deve-se a fatores de ordem social, como o consumo

			exacerbado de notícias (verdadeiras e falsas) sobre a pandemia pela população, político, como a falta de uma política sanitária nacional coerente para a contenção da epidemia local e o aumento de desemprego da população.
MIORANZA; <i>et al</i> , 2017.	ABUSO SEXUAL INFANTIL-JUVENIL: INTERFACES COM A SAÚDE	Possui o objetivo de compreender o abuso sexual intrafamiliar, observando sua relação com famílias que praticam o incesto, além de tratar dos impactos que esta violência causa na vida de crianças e Adolescentes.	o abuso sexual gera problemas na saúde destas vítimas como depressão, Agressividades, diversos distúrbios psicológicos, que se configura pelo exercício da força, a qual acaba sendo imposta por silenciamentos, segredos, cumplicidade e sedução (Faleiros, podendo ocorrer desde atos em que não há o contato sexual, como o voyerismo, exibicionismo, produção de fotos, até o contato sexual propriamente dito, sem ou com penetração.
SILVA; <i>et al</i> , 2009	Considerações sobre o transtorno depressivo no trabalho	O presente artigo teve por objetivo tecer considerações sobre os transtornos ou episódios depressivos relacionados ao trabalho, visando fomentar reflexões e facilitar uma maior compreensão sobre a temática.	À medida que tivermos um profundo entendimento da atividade de trabalho, haverá como compreender as vivências subjetivas dos trabalhadores e, dessa forma, surgirão possibilidades mais concretas de torná-las objetivas. Com isso, será possível entender as imbricadas relações entre saúde mental e trabalho que, se tratadas de maneira multiprofissional, mostrarão que é possível trabalhar sem que isso traga prejuízos para a saúde do homem, dependendo, portanto, da forma e das condições de organização do trabalho.
ROCHA, 2009	Para uma abordagem estrutural da depressão: contribuições freudianas	O objetivo do presente ensaio é oferecer uma contribuição para o estudo psicanalítico das diversas formas clínicas de depressão	O fato de ter tido acesso à triangulação estruturante do Édipo explica que o neurótico é capaz de estabelecer relações objetais. Sua libido originariamente investida no ego pode ser também investida nos objetos. Por isso, a impossibilidade de investimentos objetais propriamente ditos representa um grande obstáculo para uma boa integração e estruturação da vida psíquica. De fato, se por um lado os investimentos narcísicos de autoestima são fundamentais para a estruturação do Eu e da vida psíquica em geral, de outro, como adverte explicitamente Freud: "deve-se começar a amar para não adoecer, e deve-se adoecer quando, em consequência da frustração, não se pode amar.

A partir do exposto, nota-se que a depressão é uma patologia onde o indivíduo apresentará tristeza e perda de prazer pela vida como principais sintomas da doença. Sendo a mesma de cunho multifatorial e estando intimamente

relacionada à fatores ambientais, econômicos, sociais, bem como relacionada à comorbidades e que atinge grande parte da população em geral.

CONCLUSÃO

De acordo com a literatura, foi evidenciado que os principais fatores de risco para a depressão são as pressões sofridas no dia-a-dia das pessoas, as exigências por parte da sociedade e da família, a insegurança, a falta de emprego, a herança genética, pois podem ser herdadas e levar a possibilidade de adoecimento.

Atualmente, a humanidade vive em constante tensão, dando como exemplo, a pandemia pelo Coronavírus, que repercutiu negativamente na vida das pessoas, uma vez que as mesmas tenderam a passar por um isolamento social e perda de entes queridos. Por conseguinte, a incidência da depressão tem aumentado desordenadamente em todos os países e no Brasil não é diferente.

Tendo em vista a alta procura na atenção básica por atendimentos psiquiátricos, torna-se importante o aprimoramento e conhecimento médico sobre a assistência à pacientes com transtornos mentais. Dessa forma, esse profissional da saúde contribuirá com a melhoria da qualidade de vida bem como redução dos índices de sofrimento mental desse indivíduo que busca por ajuda e acolhimento.

Contudo, os sintomas depressivos devem ser observados atentamente e diagnosticados precocemente pelos

profissionais da saúde com o intuito de realizar um tratamento prévio no indivíduo, evitando que um transtorno depressivo maior e instalação de forma mais grave e o com pior prognóstico.

REFERÊNCIAS

1. LIMA, A.; FLECK, M. **Quality of life and depression: a review of the literature**. Vol. 31 nº 3. Porto Alegre, 2010.
2. DALGALLARONDO, P. **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. p 271.
3. FERREIRA, R.; GONÇALVES, C.; MENDES, P. **Depressão: do transtorno ao sintoma**. Minas Gerais, 2014.
4. GARRO, I.; CAMILLO S.; NÓBREGA M. **Depressão em Graduandos de Enfermagem**. *Acta Paul Enferm*. São Paulo, v. 19, n. 02, p. 162 - 167, 2006.
5. SILVA, M.C. F; *et al.* **Depressão: Pontos de vista e conhecimento de enfermeiros da Rede Básica de Saúde**. *Revista latino-americana de enfermagem*. Ribeirão Preto, n.11, p.7-13, 2003.
6. ENG, C. T. et al. **Depressão e comorbidades clínicas**. *Rev. Psiq. Clín*. 32 (3); 149-159, 2005.
7. GRUBITS, S.; GUIMARÃES, M. A. L. **Psicologia da saúde. Especificidades e diálogo interdisciplinar**. 8.ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. p.145-146.
8. COHEN, E. B. et al. **Relação entre Sintomas Depressivos e Esperança**

- Cognitiva em Universitários.** *Revista de Psicologia da IMED*, Passo Fundo, vol. 11, n. 2, p. 3-14, Julho-2017. Dezembro.
9. Ryu Y.J; *et al.* **Prevalence of depression and anxiety in outpatients with chronic airway lung disease.** *Korean J Intern Med.* 2010;25(1):51-7. DOI:10.3904/kjim.2010.25.1.51 – doenças crônicas
 10. CRAINE L; *et al.* **Prevalence of a history of sexual abuse among female psychiatric patients in a state hospital system.** *Hospital and Community Psychiatry*, 1988; 39 (3), 300- 304.
 11. USTÁRROZ L.F.L. **Eventos estressantes, insatisfação na vida e morbidade psiquiátrica menor em Pelotas, RS [Dissertação de Mestrado].** Pelotas: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas; 1997.
 12. KENDLER KS; *et al.* **The prediction of major depression in women: toward an integrated etiologic model.** *Am J Psychiatr* 1993;150(8):1139-48.
 13. Lei L, Huang X, Zhang S, Yang J, Yang L, Xu M. **Comparison of Prevalence and Associated Factors of Anxiety and Depression Among People Affected by versus People Unaffected by Quarantine During the COVID-19 Epidemic in Southwestern China.** *Med Sci Monit*, 26 abr. 2020;26: e924609. doi: 10.12659/MSM.924609
 26. World Health Organization (WHO). **Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates Geneva:** WHO; 2017 [cited 2017 Dec 07]. Available from: http://www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en/
 14. BARBOSA KKS, Vieira KFL, Alves ERP, Virgínio NA. **Sintomas depressivos e ideação suicida em enfermeiros e médicos da assistência hospitalar.** *Rev Enferm UFSM.* 2012; 2(3):515-22. doi: 10.5902/217976925910.
 15. Sadock, Benjamin J. **Compêndio de psiquiatria:** ciência do comportamento e psiquiatria clínica [recurso eletrônico] / Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock, Pedro Ruiz; tradução: Marcelo de Abreu Almeida ... [et al.]; revisão técnica: Gustavo Schestatsky... [et al.] – 11. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2017.

FIBROSE CÍSTICA: ASPECTOS CLÍNICOS

CYSTIC FIBROSIS: CLINICAL ASPECTS

Sandrinny da Silva Santiago^{1*}, Saulo Silva Juca¹, Rendrick Alexandre Alemão Rogério¹, Rogério Linhares Urtiga Junior¹, Rebecca Heidrich Thoen Ribeiro², Henrique Miguel de Lima Silva¹⁻³

1. Acadêmico(s) do curso de Medicina. Centro Universitário Uninorte, AC, Brasil.
2. Docente do curso de Medicina. Centro Universitário Uninorte.
3. Docente da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, PB, Brasil.

***Autor correspondente:** sandrinnysantiago@gmail.com

RESUMO

Introdução: A Fibrose Cística (FC) é uma doença genética de caráter autossômico recessivo, que se manifesta como doença multissistêmica, de modo a afetar todos os órgãos e tecidos que possuem a participação do Regulador de Condutância Transmembrana da Fibrose Cística. Devido às descobertas genéticas e avanços no tratamento, cada vez mais prolonga-se a expectativa de vida e bem-estar dos portadores da doença. **Objetivo:** Descrever a Fibrose Cística, com foco na sua epidemiologia, genética, fisiopatologia, quadro clínico, tratamento e diagnóstico. **Método:** Trata-se de um estudo bibliográfico, qualitativo com técnica de revisão sistemática acerca dos aspectos gerais da Fibrose Cística com busca nas seguintes bases de dados: PubMed, Scielo e Google Acadêmico, entre os anos de 2000 e 2020. **Resultados:** A FC apresenta-se como um distúrbio monogênico do Regulador de Condutância Transmembrana da Fibrose Cística (RTFC). A doença é mais comum em países com população predominantemente caucasiana e menos recorrente em regiões onde houve miscigenação da população. A fisiopatologia da doença está intimamente ligada às principais manifestações clínicas, das quais destacamos o trato respiratório, no qual, devido ao funcionamento deficiente do RTFC, o acúmulo de muco favorece o processo de colonização de bactérias como a *Staphylococcus aureus* e *Pseudomonas aeruginosa*. A doença ocasiona problemas no trato gastrointestinal (incluindo fígado e pâncreas) e na pele. No Brasil, pode-se diagnosticar indivíduos com FC desde os primeiros dias de vida, por meio da triagem neonatal, além de outros métodos de diagnóstico. O tratamento da FC é multidisciplinar e está em constante aprimoramento, além de ser individualizado, de acordo com as manifestações clínicas de cada portador. **Conclusão:** A FC é uma doença multissistêmica e, está em constante estudo e aperfeiçoamento. Neste sentido, pode-se garantir, cada vez mais, qualidade e prolongamento de vida aos portadores desta doença.

Palavras-chave: Fibrose Cística. Mucoviscidose. Regulador de condutância transmebrânica da Fibrose Cística.

ABSTRACT

Introduction: Cystic Fibrosis (CF) is an autosomal recessive genetic disease, which manifests itself as a multisystemic disease, affecting all organs and tissues that have the

participation of the Cystic Fibrosis Transmembrane Conductance Regulator. Due to genetic discoveries and advances in treatment, the life expectancy and well-being of patients with the disease is being increasingly prolonged. Objective: To describe Cystic Fibrosis, focusing on its epidemiology, genetics, pathophysiology, clinical picture, treatment and diagnosis.

Method: This is a bibliographic, qualitative research with systematic review technique about the general aspects of Cystic Fibrosis with search in the following databases: PubMed, Scielo and Google Scholar, between the years 2000 and 2020. **Results:** CF is a monogenic disorder of the Cystic Fibrosis Transmembrane Conductance Regulator (RTFC). The disease is more common in countries with a predominantly Caucasian population and less recurrent in regions where there has been miscegenation of the population. The pathophysiology of the disease is closely linked to the main clinical manifestations, of which we highlight the respiratory tract, in which, due to the impaired functioning of CFRT, over accumulation of mucus and favors the colonization process of bacteria such as *Staphylococcus aureus* and *Pseudomonas aeruginosa*. The disease causes problems in the gastrointestinal tract (including liver and pancreas) and the skin. In Brazil, individuals with CF can be diagnosed from the first days of life through neonatal screening, in addition to other diagnostic methods. The treatment of CF is multidisciplinary and constantly improving, and is often individualized according to the clinical manifestations of each carrier.

Conclusion: CF is a complex multisystemic disease that is constantly being studied and improved. Therefore, it is possible to guarantee more and more quality and prolongation of life to the carriers of this disease.

Keywords: Cystic Fibrosis; Mucoviscidosis. Cystic Fibrosis. Transmembrane Conductance Regulator.

INTRODUÇÃO

A Fibrose Cística (FC), ou mucoviscidose, é caracterizada pela literatura como distúrbio monogênico que se manifesta como doença multisistêmica¹. Trata-se, neste sentido, de uma doença resultante de mutações no gene regulador da condutância transmembranar da Fibrose Cística (CFTR) e, de acordo com a literatura, há 1400 mutações relacionadas¹. Sua incidência dá-se entre 1/1200 até 1/4000 na população caucasiana e é caracterizada como rara em asiáticos e africanos².

A FC causa infecções bacterianas crônicas das vias respiratórias que, por sua vez, acarretam à bronquiectasia e bronquiolectasia, bem como a disfunção pancreática exócrina e disfunção intestinal; anormalidades das funções das glândulas sudoríparas e disfunção urogenital¹. A variação da expressão fenotípica da Fibrose Cística, também, pode ser diretamente influenciada por pressupostos como mutações genéticas; carga genética e elementos ambientais¹.

Há uma deficiência expressiva de investigações epidemiológicas ou de triagem neonatal abrangente que, por conseguinte, possibilitem estimar a

incidência da doença em contexto nacional brasileiro. Estima-se, pois, que menos de 10% do total anual de casos sejam corretamente diagnosticados².

O diagnóstico clínico sugestivo de fibrose cística pode ser confirmado pelos níveis elevados de cloro no suor, sendo igual ou maior que 60mEq/l. A manifestação clássica é a de uma patologia pulmonar supurativa e obstrutiva, podendo incluir exocrinopatia pancreática e história familiar¹. De acordo com a literatura, cerca de 90% dos pacientes manifestam insuficiência pancreática exócrina¹.

No que concerne aos aspectos terapêuticos, envolve diferentes medicamentos, como antibióticos, anti-inflamatórios, broncodilatadores e mucolíticos, bem como procedimentos à exemplo da fisioterapia respiratória, a oxigenoterapia, o transplante de pulmão, a reposição de enzimas digestórias, o suporte nutricional, o suporte psicológico e a terapia gênica, sendo, portanto, uma doença que requer abordagem multidisciplinar³. Juntamente com a terapia medicamentosa e a abordagem clínica, têm-se o cuidado da família, que deve se manter sempre bem informada, sendo que há evidências de que proporciona benefícios para os pacientes³.

4.

Acrescenta-se que doença já foi considerada uma patologia da infância, porém, na atualidade tornou-se uma doença de adultos, em decorrência da ampliação da expectativa de vida, o que implicou em mais problemas médicos associados à idade e a própria doença³. O tratamento anterior a ocorrência dos sintomas constitui-se como a conduta mais apropriada e efetiva para os pacientes fibrocísticos, visto que busca retardar a ocorrência de infecções pulmonares e, dessa maneira, manter reguladas as deficiências enzimáticas¹.

O avanço da medicina evidencia que significativas conquistas têm sido atingidas, em especial, o tratamento da fibrose cística mediante terapia gênica, para recuperar a expressão correta do gene ou que regule o sistema de transporte de íons, está, em caráter de experimentação⁴.

É possível afirmar, ainda, que há, contemporaneamente, um incremento da sobrevida dos pacientes com fibrose cística, em decorrência das pesquisas e da aplicação da medicina baseada em evidência que permite um tratamento mais aperfeiçoado e sistêmico da doença, bem como em decorrência da inserção de dose da tripsina imunorreativa (IRT) na triagem neonatal, possibilitando o diagnóstico precoce da doença e a adoção de uma abordagem terapêutica multidisciplinar,

ensejando evitar a desnutrição e a deterioração da função pulmonar¹. Ademais, o avanço nos estudos sobre terapia gênica e células-tronco tem sido promissor no desenvolvimento de benefícios no tratamento dos pacientes¹.

Convém destacar que a literatura orienta o profissional que atua com pacientes portadores de FC para a compreensão do processo de colonização das vias aéreas com germes destes pacientes, que, por sua vez, contribuem no comprometimento da função pulmonar, destacando ainda como principais a *Stenotrophomonas maltophilia* e o complexo *Burkholderia cepacea*, causando preocupação na clínica médica e, por conseguinte, necessitando tratamento mais rápido para o paciente, com o diagnóstico mais detalhado por meio de exame genético para melhor prognóstico, bem como compreensão de uso de drogas que, por sua vez, causam mutações específicas, bem como planejamento familiar^{5, 6}.

Neste sentido, a presente pesquisa tem como objetivo descrever a epidemiologia, genética, fisiopatologia, quadro clínico, diagnóstico e o tratamento da Fibrose Cística, como meio de ampliar os conhecimentos acerca do assunto.

MATERIAL E MÉTODO

O estudo foi desenvolvido através de uma revisão integrativa com caráter qualitativo, tendo como base de dados artigos publicados nas seguintes plataformas: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), PubMed e Portal do Ministério da Saúde. Como descritores, foram definidos: Fibrose Cística; Mucoviscidose; Regulador de Condutância Transmembrânica da Fibrose Cística; Cystic fibrosis; Mucoviscidosis; Transmembrane Conductance Regulator for Cystic Fibrosis.

Por meio da análise dos estudos encontrados, foram selecionadas pesquisas que evidenciavam os aspectos clínicos da Fibrose Cística com o objetivo de obter informações de alta relevância sobre a doença, com foco na epidemiologia, genética, fisiopatologia, quadro clínico, diagnóstico e tratamento.

Os critérios utilizados para inclusão dos artigos na pesquisa em questão foram monografias, dissertações e teses, bem como artigos completos que contemplam as informações necessárias para o estudo, na língua inglesa e portuguesa. Os critérios de exclusão, foram pesquisas incompletas ou que não contemplaram os descritores selecionados e objetivos dessa pesquisa ou fora do período cronológico de 2015-2020.

Na correspondente pesquisa bibliográfica, foram encontrados 15.405

artigos, dos quais 14.800 da base Google Acadêmico, 380 da base PubMed, 225 da base Scielo. Destes, aplicando os critérios de exclusão, foram selecionados 1.002 artigos. As bibliografias que não se enquadravam nos critérios de inclusão foram descartadas, levando a um total de 52 artigos. Das 52 bibliografias analisadas após a leitura prévia, somente 24 estudos se enquadravam na exigência quanto à epidemiologia, genética, fisiopatologia, quadro clínico, tratamento e diagnóstico, assim, sendo utilizadas nesta revisão integrativa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

EPIDEMIOLOGIA

A fibrose cística é caracterizada como doença genética letal, sendo mais recorrente em populações caucasianas e acomete em maior número na raça branca e sexo masculino⁴.

No Brasil, pesquisas evidenciam que a incidência estimada de FC seja de 1 em cada 7.358 nascidos vivos e a prevalência aproximada para a região Sul é mais semelhante à da população caucasiana centro-europeia, diminuindo na região Sudeste e Norte do País. O Rio Grande do Sul apresentou a maior estimativa, 1 caso em cada 1.587 nascidos vivos, enquanto a menor foi São Paulo com 1 em cada 32.258. A variação encontrada foi atribuída ao grau de miscigenação das diferentes regiões estudadas⁷.

Os avanços no diagnóstico e nas terapias desenvolvidas nas últimas 3 décadas, promoveram uma elevação na expectativa de vida dos pacientes com Fibrose Cística, todavia, ainda 15% a 20% das crianças com fibrose cística morrem antes de seu décimo ano de vida⁷.

GENÉTICA

A Fibrose Cística é descrita pela literatura como um distúrbio autossômico recessivo com limitação de vida que afeta mais de 70.000 pessoas em todo o mundo^{8,9}.

A mutação p.Phe508del é a mais frequente, embora, no Brasil essa mutação não seja tão elevada, devido provavelmente à miscigenação e, conseqüentemente, o *locus* RTFC apresenta maior heterogeneidade alélica. A probabilidade de um filho afetado com FC é de 1 em 4, ou 25%, para filhos de um casal em que ambos são portadores de uma mutação. Por isto, os estudos epidemiológicos e genéticos evidenciam que o risco de um indivíduo com FC ter filhos afetados depende de seu parceiro – se o parceiro for portador da doença o risco será de 50%^{5,6}.

Para casais em risco de terem filhos com FC e com mutação ou mutações identificadas, é possível oferecer diagnóstico pré-natal (DPN) e Diagnóstico genético Pré Implantacional (DPI)⁸. Além disso, recomenda-se esse tipo de exame

para melhor prognóstico, bem como compreensão de uso de drogas que, por sua vez, causam mutações específicas, bem como planejamento familiar^{5, 6}.

Até o momento, quase 2.000 variantes foram relatadas no “Cystic Fibrosis Mutation Database”, um dos primeiros e mais bem-sucedidos bancos de dados específicos de *locus*. Entre essas variantes, destacam-se a previsão de que 40% ocasionem na substituição de um único aminoácido, 36% devem alterar o processamento do RNA, 3% envolvam grandes rearranjos de RTFC, 1% afeta regiões promotoras, 14% parecem ser variantes neutras e o efeito dos 6% restantes não é claro⁸.

Ao considerar a complexidade da informação genética relacionada à FC e das alternativas reprodutivas que estão surgindo, é muito importante a disponibilização do aconselhamento genético para o paciente e sua família¹⁰.

FISIOPATOLOGIA

No Trato Respiratório

No trato respiratório, a Fibrose Cística altera as propriedades eletrofisiológicas nos epitélios das vias aéreas, com isso, algumas medidas são usadas para auxiliar o diagnóstico e avaliar a eficácia das intervenções. Dois processos determinam a maior parte dos fatores eletrofisiológicos nas vias respiratórias: secreção ativa de Cl^- e absorção ativa de

Na^+ , os quais refletem na ausência da quinase dependente do AMP cíclico e do transporte de Cl^- regulado pela proteína quinase C, mediado pela própria RTFC^{11, 12, 13, 14}.

A eliminação de muco é concebido como mecanismo de defesa inata indispensável das vias respiratórias contra infecção por bactérias inaladas. As vias respiratórias normais variam as taxas de absorção ativa a taxa de Na^+ e a hidratação, nas superfícies das vias respiratórias para a remoção eficaz do muco. Na FC, os estudos evidenciaram que a principal hipótese para a fisiopatologia das vias respiratórias é a de que a regulação deficiente de absorção de Na^+ e a incapacidade de secretar Cl^- pela RTFC reduzem o volume de líquido nas superfícies das vias respiratórias, desidratando-as^{11, 13}.

A desidratação tanto do muco quanto das camadas do líquido periciliar levam à aderência do muco à superfície das vias respiratórias, o que resulta na impossibilidade de eliminar o muco acumulado nas vias respiratórias tanto por mecanismos ciliares quanto dependentes da tosse^{11, 13}.

Tem-se como marco histórico a contribuição de Alexandre Fleming que, ainda nos anos 1920, descobriu que a gotículas de espirros tinham a capacidade de destruir bactérias, e em estudos

recentes notou-se que nos pacientes com FC essas gotículas de espirro têm potencial antibacteriano reduzido⁸. Isso acontece porque a perda CFTR reduz o pH da secreção mucoide, pois ela controla os níveis de bicarbonato na secreção, como resultado tem-se um muco mais ácido⁸.

A infecção que caracteriza as vias respiratórias na FC engloba, principalmente, a camada de muco, mais do que a invasão do epitélio ou da parede das vias respiratórias. A predisposição das vias respiratórias com FC à infecção crônica por *Staphylococcus aureus* e *Pseudomonas aeruginosa* tem relação direta com a incapacidade de eliminar muco¹¹.

Recentemente, pesquisadores demonstraram que a tensão de O₂ é muito baixa no muco da FC e que as adaptações à hipoxemia são fatores importantes da fisiologia das bactérias no pulmão com FC. Na verdade, a estase e a hipoxemia do muco podem contribuir para a propensão das *pseudomonas* para crescer em colônias de biopelículas no interior das vias respiratórias e a presença de organismos anaeróbios estritos dos pulmões¹¹.

Pesquisas com camundongos, porcos e recém-nascidos com FC sugerem que os defeitos no trato respiratório provocados são congênitos, como vias

aéreas proximais estreitadas, glândulas submucosas hipoplásicas e músculo liso proeminente, o que resulta no estreitamento das vias aéreas e obstrução do fluxo de ar mesmo na ausência de inflamação ou muco obstrutor¹².

Outro aspecto importante que merece destaque é o fato de que também há um canal de Cl⁻ – distinto regulado pelo Ca²⁺ (CCCa, TMEM16A) expresso na membrana apical. Esse canal pode substituir a RTFC, no que diz respeito à secreção de Cl⁻, e ser um alvo terapêutico em potencial^{11, 13}.

No Trato Gastrointestinal

O Regulador de Condutância Transmembrana da Fibrose Cística (RTFC) exerce diferentes funções no Trato Gastrointestinal, como um canal de cloreto dependente de adenosina monofosfato cíclico (AMPc), um canal de bicarbonato e um modulador de outros canais de íons - exemplo do canal de sódio epitelial (CNaE). Dessa maneira, um paciente com Fibrose Cística apresenta redução da secreção de bicarbonato do epitélio apical pancreático, hepatobiliar e intestinal, o que leva a um muco intraluminal mais ácido e espesso^{13, 14}.

No pâncreas exócrino, a ausência de Cl⁻ controlado pelo RTFC limita a função do trocador de Cl⁻/HCO₃⁻ da membrana apical, que secreta bicarbonato e Na⁺ (além de água) dentro dos ductos por um

processo passivo, o que leva à retenção de enzimas no pâncreas e posterior destruição dos tecidos pancreáticos¹⁴.

No epitélio intestinal, a ausência de secreção de Cl⁻ e água, leva a não remoção das mucinas e outras macromoléculas secretadas pelas células das criptas intestinais. Por conseguinte, a absorção excessiva pode agravar o quadro, que reflete anormalidades na regulação da absorção de Na⁺ controlada pela RTFC (mediada pelo CNaE e outros transportadores). Essas disfunções podem contribuir na desidratação do conteúdo intraluminal bem como uma obstrução intestinal^{13, 14}.

No sistema hepatobiliar, a CFTR é expressa em colangiócitos intra-hepáticos e extra-hepáticos, incluindo a vesícula biliar, mas não nos hepatócitos. A diminuição da secreção de Cl⁻ e água nos

ductos hepáticos causa a retenção de ácidos biliares tóxicos, o que leva ao aumento da síntese de citocinas fibrogênicas e pró-inflamatórias, ativação das células estreladas hepáticas e, eventualmente, fibrogênese peribiliária. Ainda em se tratando deste aspecto, o espessamento das secreções biliares, culmina em cirrose biliar focal, colelitíase e colecistite crônica^{13, 14}.

Nas Glândulas Sudoríparas

Nas glândulas sudoríparas, os pacientes com FC secretam volumes praticamente normais de suor, mas deixa de ocorrer a reabsorção de Cl⁻ por meio do CFTR e a subsequente reabsorção de Na⁺ nos ductos da glândula. Dessa maneira, ocorre uma alta concentração de NaCl no suor de pessoas com FC^{14, 15}.

QUADRO CLÍNICO

Quadro 1. Quadro geral dos principais sintomas clínicos e achados fenotípicos do paciente portador de Fibrose Cística^{15, 16, 17}.

1. Doença sinusopulmonar crônica manifestada por:

- Colonização/infecção persistente com patógenos típicos de FC, incluindo *S. aureus* e *P. aeruginosa*
- Tosse e expectação crônicas
- Anormalidades persistentes no exame radiológico de tórax (bronquiectasias, atelectasias, infiltrados e hiperinsuflação)
- Obstrução das vias aéreas com sibilância e alçaponamento aéreo
- Pólipos nasais, anormalidades radiográficas ou tomográficas dos seios paranasais
- Baqueteamento digital

2. Anormalidades gastrintestinais e nutricionais:

- Intestinal: íleo meconial, síndrome da obstrução intestinal distal e prolapso retal
- Pancreática: insuficiência pancreática e pancreatite recorrente

- Hepática: doença hepática crônica manifestada por evidências clínicas ou histológicas de cirrose biliar focal ou cirrose multilobular

-Nutricional: prejuízos de desenvolvimento (desnutrição proteico-calórica), hipoproteïnemia e edema, complicações secundárias à deficiência de vitaminas lipossolúveis

3. Síndromes perdedoras de sal

- Depleção aguda de sal e alcalose metabólica crônica

4. Anormalidades urogenitais

- Azoospermia obstrutiva (ausência congênita bilateral dos ductos deferentes)

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da Fibrose Cística é essencialmente clínico, com base no quadro clínico já citado. Contudo, pode ser confirmado pela Triagem neonatal, Teste do suor, Diferença de Potencial Nasal, exames de imagem e análise de mutações^{17, 87, 19, 20}.

O diagnóstico mediante Triagem Neonatal (“Teste do pezinho”), conforme diretriz preconizada pelo Ministério da Saúde dá-se com uso da dosagem da tripsina imunorreativa (IRT). O exame identifica a tripsina elevada nos pacientes neonatais que persiste elevada até o trigésimo dia de vida, por isso, o teste só é confiável quando realizado até o 30º dia do recém-nascido^{17, 18}.

Na ocorrência de alterações no teste, deve-se realizar um segundo, prioritariamente ainda no primeiro mês de vida. Havendo alteração na segunda testagem, o diagnóstico pode ser confirmado ou descartado pelo teste do suor, que se encontra alterado na maioria significativa dos pacientes^{17, 18}.

Têm-se, também os testes de marcadores genéticos por meio do rastreio de possíveis desordem no gene que codifica a proteína CFTR. Por meio deste exame é possível analisar se há modificação no código genético e, por conseguinte, prognóstico mais assertivo que, por sua vez contribui na orientação do paciente e da sua família no tratamento²¹.

O teste do suor, por sua vez, através da iontoforese quantitativa pela pilocarpina, é o teste padrão-ouro para a confirmação de Fibrose Cística. A concentração de cloreto superior 60 mmol/L é sugestiva ao diagnóstico e os valores de cloretos entre 40 e 60 mmol/L são considerados limítrofes. A análise desse teste deve ser analisada mediante contexto clínico. O cloreto proporciona a discriminação diagnóstica mais apropriada, sendo a medida do sódio extremamente útil para controle de qualidade^{17, 19, 20}.

A Diferença de Potencial Nasal (NPD) avalia a atividade do regulador da Condutância Transmembranar da Fibrose

Cística (CFTR) e do Canal Epitelial de Sódio (ENaC). Apesar de ser um teste útil de diagnóstico de FC e um biomarcador de drogas moduladoras de CFTR, também é altamente dependente do operador. Neste sentido, pode ser difícil obter resultados precisos e interpretá-los²².

TRATAMENTO

Nas últimas décadas, diversos avanços no diagnóstico e tratamento da FC mudaram drasticamente o cenário dessa doença, com aumento expressivo da sobrevida e qualidade de vida. Como consequência, os tratamentos se tornaram cada vez mais multidisciplinares e individualizados, tendo como objetivo garantir um bem-estar e aumentar a sobrevida do paciente¹⁷.

Os principais métodos terapêuticos descritos pela literatura vigente são: antibioticoterapia; higiene das vias aéreas e exercício; agentes mucolíticos; broncodilatadores; agentes anti-inflamatórios; suporte nutricional; suplementação de oxigênio, abordagem das manifestações extrapulmonares e transplante pulmonar²³.

A antibioticoterapia, em estudos atuais, tem demonstrado muitos benefícios aos pacientes, pois é frequente o acometimento do trato respiratório por bactérias como *Staphylococcus aureus*²⁴,²⁵. Há também a colonização por

Pseudomonas, que tem sido encontrada em 80% dos adolescentes com Fibrose Cística²⁶. O antibiótico de escolha deve ser selecionado de acordo com o patógeno e utilizado de forma correta, seguindo orientação médica (dosagem, tempo e horário), a fim de evitar a resistência bacteriana nesse organismo²⁵.

A literatura coloca em evidência a Azitromicina oral com maior frequência e indicação de três vezes por semana em indivíduos com fibrose cística, para crianças menores de anos e em estado crônico de *P. aeruginosa*. O medicamento contribui diretamente na melhoria do comprometimento pulmonar por meio da redução de exacerbações em decorrência da ação imunomoduladora e anti-inflamatória²⁷. Destaca-se que a dosagem deste medicamento depende do peso do paciente e chama-se atenção para uso oral por contribuir na imunossupressão.

Em se tratando de medicação inalatória, o protocolo do Ministério da Saúde recomenda uso de antibiótico quando há inflamação aguda inicial visando extinguir processo patológico.

Em caso de pacientes com doença crônica decorrente de colonização de *Pseudomonas*, recomenda-se o uso de ácido ursodesoxicólico, bem como acompanhamento psicológico para o paciente e para família envolvida neste processo patológico^{27, 28}.

Além disso, é importante destacar que o Ministério da Saúde recomenda, a depender do estado geral do paciente o uso de medicamentos modulares potencializadores da CFTR como contida na membrana plasmática para classes II, IV e V -> Ivacaftor por reduzir níveis de cloreto no suor, bem como melhorar VFE2, ganho ponderal e reduzir exacerbação, melhorando a qualidade de vida do paciente^{27, 28}.

Em escala de opção tem-se: 1. Ivacaftor – Kalydeco; 2. Ivacaftor + Lumacaftor – Orkambi; 3. Ivacaftor + Tezacaftor – Symdeko²⁷. Além destes, tem-se também o Elexacaftor/Tezacaftor/Ivacaftor – Trikafta ainda sem registro na ANVISA^{27, 28}.

Em se tratando de corretores, temos -> Ataluren e associação Ivacaftor/lumacaftor que atuam na correção de defeitos da proteína quando não expressa na membrana da célula, sendo das classes I e II; -> Ataluren e associação Ivacaftor/lumacaftor^{27, 28}.

Diante da atuação legislação em saúde, em muitos casos, há a necessidade de processo judicial par garantia de tratamento considerando que a saúde é um direito de todo cidadão brasileiro conforme art. 196 da Constituição Federal²⁹.

Existe, na atualidade, 3 maneiras de se utilizar a antibioticoterapia: sob demanda,

quando somente houver sinais de exacerbação aguda da doença pulmonar; de forma profilática, antes do aparecimento da *P. Aeruginosa*, evitando assim sua proliferação e infecção; e de manutenção, utilizando os antibióticos de forma contínua ou intermitente, por um período prolongado, mesmo na ausência de sinais de exacerbação pulmonar aguda, ou ainda com sintomas brandos²⁶.

A fisioterapia respiratória tem papel fundamental no tratamento e na recuperação, tendo como papel realizar a limpeza das secreções aplicando técnicas desobstrutivas. Essa perspectiva vem ganhando cada vez mais espaço no reconhecimento e nos estudos, principalmente pra FC²⁶.

Contudo, ainda não há uma técnica considerada “padrão ouro” para a fisioterapia. Sua indicação ocorre desde a hora do diagnóstico para que complicações pulmonares sejam evitadas, e tem como objetivo melhorar o trânsito mucociliar do trato respiratório. Nesta, são aplicadas técnicas que envolvem drenagem postural, técnica de expiração forçada, terapia por pressão positiva expiratória, flutter, que são úteis na manutenção do clearance de vias aéreas²⁵. Portanto, cabe ao fisioterapeuta decidir qual técnica será mais efetiva para o paciente²⁶.

Os exercícios físicos, sejam eles aeróbios ou anaeróbios, em uma frequência de 3 a 5 vezes por semana, com uma duração de 30 minutos, trazem resultados satisfatórios em um período de 6 meses. Por conseguinte, sua prática deve ser incentivada, porém, a prática de exercícios não substitui a fisioterapia¹⁷.

Os neutrófilos liberam um DNA extracelular, e este causa a viscosidade anormal do muco na Fibrose Cística. Por isto, os agentes mucolíticos agem no objetivo de tornar esse muco menos espesso. A solução salina hipertônica, utilizada na nebulização, aumenta o transporte ciliar, melhorando a hidratação das vias aéreas e as propriedades reológicas do escarro. Uma solução salina de 3 a 7% garante a melhora do clearance mucociliar, e em um curto período de tempo garante a melhora da função pulmonar⁸¹⁰.

A Dornase-alfa (rh-DNAse), tem apresentado melhora da função pulmonar e redução nas exacerbações pulmonares na dose de 2,5mg 1 vez/dia, e mesmo que os estudos ainda sejam controversos, ela demonstra boa melhora de função pulmonar em alguns fibrocísticos²⁶.

Os broncodilatadores inalatórios entram como parte do tratamento padrão da FC, pois cerca de metade dos pacientes cursam com hiperatividade brônquica. Antes da fisioterapia

respiratória, geralmente se aplicam os agonistas beta2-adrenérgicos de curta ação para facilitar o clearance das vias aéreas, o que traz grande melhora para a maioria dos pacientes³.

No intuito de checar os efeitos do broncodilatador, deve-se usar a espirometria como rotina, para analisar se ele é efetivo ou não²⁶.

No que concerne ao uso de anti-inflamatórios, apesar de todos os estudos e avanços, ainda não foi encontrado um anti-inflamatório que detenha a progressão da fibrose cística³. Os corticosteroides são, em um primeiro momento, incentivados na tentativa de modular o processo inflamatório, mas em virtude dos efeitos colaterais não é estimulado seu uso como rotina, porém, são utilizados em pacientes com exacerbações graves, principalmente nos que cursam com hiperatividade brônquica²⁴. São administrados corticosteroides orais nas doses de 1 a 2 mg/kg em dias alternados. Doses elevadas de ibuprofeno (20 a 30 mg/kg ao dia) evidenciaram redução na taxa de declínio do Volume Expiratório Forçado (VEF), redução nas hospitalizações e melhora no estado nutricional, porém, vem acompanhado de efeitos colaterais como a insuficiência renal e hemorragia gastrointestinal, cuja incidência duplicou

nesses pacientes, limitando a sua utilização³.

Destaca-se ainda que a importância da nutrição no bem-estar e na sobrevivência dos fibrocísticos está bem estabelecida e desempenha um papel importante no curso da FC. Um paciente mal nutrido leva a alterações na função pulmonar, o que interfere diretamente na sobrevivência do mesmo³. A intervenção nutricional deve iniciar-se no momento do diagnóstico e cursar durante todo o tratamento, e isso inclui desde a orientação dietética, a suplementação de vitaminas, até a terapia de reposição enzimática^{24, 30}.

É importante ressaltar que para esse paciente, o alimento acaba por ser mais importante que uma medicação. A recomendação inclui uma dieta rica em gorduras, tendo na faixa de 40% das calorias advindas dessa fonte, a meta aqui é manter um índice de massa corporal por volta de 20 a 25 kg/m², e se houver um índice menor que 19 kg/m² indica desnutrição significativa e necessidade de intervenção nutricional agressiva. É necessário obter todas as medidas antropométricas desse paciente²⁶.

Em um estado avançado, o paciente com FC pode apresentar um quadro de hipoxemia ou hipertensão pulmonar. E tratar primeiramente a hipoxemia se torna importante para que evite ou retarde uma hipertensão pulmonar³. Para que haja a

indicação da suplementação de oxigênio é necessário que a SpO₂ esteja abaixo de 90% para aliviar a dispnéia, retardar o “*cor pulmonale*” e melhorar os desfechos referidos. Pacientes que apresentem PaO₂ < 55 mmHg ou SpO₂ < 88% já possuem indicação direta de oxigenioterapia, independentemente da sintomatologia³.

A via preferencial é a cânula nasal com o menor fluxo possível para manter a SpO₂ acima de 90%. O uso intermitente pode ser necessário durante as exacerbações pulmonares agudas¹⁷. Além do mais, caso haja, durante o exercício, uma saturação de oxigênio menor que 88 a 90%, também é indicada a oxigenoterapia³.

CONCLUSÃO

A Fibrose Cística é uma doença que, à primeira vista, pode parecer simples, mas é muito danosa. O paciente vive em um paradoxo, em que tem que dedicar toda a sua vida ao tratamento da doença para assim garantir mais tempo de vida. Os indivíduos fibrocísticos, ao evoluir da idade, desenvolvem sintomas e problemas multissistêmicos. Desta maneira, logo depois de diagnosticada, deve ser tratada de forma multidisciplinar e preventiva, a fim de minimizar os danos e problemas futuros do paciente.

Por fim, destaca-se que os avanços nos últimos 25 anos da genética e farmacologia permitem, cada vez mais, um tratamento mais individualizado ao paciente. Desse modo, pode-se garantir qualidade de vida e bem-estar ao paciente.

REFERÊNCIAS

1. ROSA, F. R.; DIAS, F. G; NOBRE, L. N; MORAIS, H. A; Fibrose Cística: uma abordagem clínica e nutricional. **Revista de nutrição**. v. 21., n. 6, Dezembro, 2008.
2. LEMOS, A. C. M; MATOS, E; FRANCO, R.; SANTANA, P.; SANTANA, M. A; Fibrose Cística em adultos: aspectos clínicos e espirométricos. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v.30, n.1, Fevereiro, 2004.
3. DALCIN, Paulo de Tarso Roth; ABREU E SILVA, Fernando Antônio de. Fibrose cística no adulto: aspectos diagnósticos e terapêuticos. **J. bras.pneumol.**, São Paulo, v.34, n.2, p.107-117, Feb. 2008.
4. REIS, F. J. C.; OLIVEIRA, M. C. L.; PENNA, F. J. *et al.* Quadro clínico e nutricional de pacientes com fibrose cística: 20 anos de seguimento no HC-UFMG. **RevAssocMed Brasil**. 2000; 46(4):325-30.
5. CANDEL, F. J.; LOPEZ, R.; VALDIVIA, A. *et al.* Endocarditis due to *Stenotrophomonas maltophilia*. **Enferm Infecc Microbiol Clin** 2002;20(9):477-8.
6. GILLIGAN, P.H.; KISKA, D. I.; APPLEMAN, M. D. **Cystic fibrosis microbiology. Cumitech 43**. Washington, DC: ASM Press; 2006.
7. FIRMIDA, M. C.; LOPES, A. J. Aspectos Epidemiológicos da Fibrose Cística. **RevHosp Uni Pedro Ernesto**, UERJ. Rio de Janeiro, 2011.
8. CUTTING, G. R. Cystic fibrosis genetics: from molecular understanding to clinical application. **Nat RevGenet**. 2015;16(1):45-56.
9. SARAIVA-PEREIRA, M. L.; FITARELLI-KIEHL, M. F.; SANSEVERINO. M. T. V. Artigo de Revisão - A Genética na Fibrose Cística. **Rev HCPA** 2011;31(2):160-167.
10. SCHWARTZ, M. "Cystic fibrosis transmembrane conductance regulator" (CFTR)-genet: mutationerogkliniskefaenotyper [Cystic fibrosis transmembrane conductance regulator (CFTR) gene: mutations and clinical phenotypes]. **UgeskrLaeger**. 2003;165(9):912-916.
11. JOSEPH, L. **Pneumologia e Medicina Intensiva de Harrison**. Porto Alegre; AMGH Editora Ltda., 2014.
12. STOLTZ, D. A.; MEYERHOLZ, D. K.; WELSH, M. J. Origins of Cystic Fibrosis Lung Disease. **N Engl J Med**. 2015 January 22; 372(4): 351–362. doi:10.1056/NEJMra1300109.
13. CUTTING, G. R. Cystic fibrosis genetics: from molecular understanding to clinical application. **Nat RevGenet**. 2015;16(1):45-56. doi:10.1038/nrg3849.

14. OOI, C.; DURIE, P. Fibrose cística na perspectiva do gastroenterologista. **Nat Rev Gastroenterol Hepatol** 13, 175-185 (2016).
15. GROSSMAN, S. C. **Porth - Fisiopatologia**. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, 2016. 978-85-277-2839-3.
16. JOSEPH, L. **Pneumologia e Medicina Intensiva de Harrison**. São Paulo; Grupo A, 2014.
17. ATHANAZIO, R. A.; SILVA FILHO, L. V. R. F.; VERGARA, A. *et al.* Brazilian guidelines for the diagnosis and treatment of cystic fibrosis. **J Bras Pneumol**. 2017;43(3):219-245.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Triagem neonatal biológica: manual técnico** Brasília. Ministério da Saúde, 2016.
19. GOMEZ, C. C.; SERVIDONI, M. de F.; MARSON, F. A. *et al.* Pulsed direct and constant direct currents in the pilocarpine iontophoresis sweat chloride test. **BMC Pulm Med**. 2014;14:198. Published 2014 Dec 13. doi:10.1186/1471-2466-14-198
20. MATTAR, A. C.; LEONE, C.; RODRIGUES, J. C. *et al.* Sweat conductivity: an accurate diagnostic test for cystic fibrosis?. **J Cyst Fibros**. 2014;13(5):528-533. doi: 10.1016/j.jcf.2014.01.002.
21. AL-ABADI, B. *et al.* Cystic Fibrosis Gene Mutation Frequency Among a Group of Suspected Children in King Hussein Medical Center. **Med Arch**. 73(2), 118-20.
22. SAD, I. R.; HIGA, L. Y.; LEAL, T. *et al.* Repeatability and Diagnostic Value of Nasal Potential Difference in a Genetically Admixed Population. **J Clin Med Res**. 2016;8(1):15-24. doi:10.14740/jocmr2312w.
23. GIBSON, R. L.; BURNS, J. L.; RAMSEY, B. W. Pathophysiology and management of pulmonary infections in cystic fibrosis. **Am J Respir Crit Care Med**. 2003;168(8):918-951. doi:10.1164/rccm.200304-505SO.
24. SILVA, A. G. **Histórico, Avanços no Diagnóstico e Tratamento da Fibrose Cística**. III Simpósio de Assistência Farmacêutica. 2015, São Paulo.
25. SANTOS, C. I. da S. **Efeito da antibioticoterapia e da fisioterapia respiratória na função pulmonar de pacientes com fibrose cística em exacerbação pulmonar aguda**. 2008. 171p. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP.
26. RIBEIRO, J. D.; RIBEIRO, M. Â. G. de O.; RIBEIRO, A. F. Controvérsias na fibrose cística: do pediatra ao especialista. **J. Pediatr.** (Rio J.), Porto Alegre, v. 78, supl.2, p.171-186, dez. 2002.
27. BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Fibrose Cística-Manifestações Pulmonares**. Portaria Conjunta SAS-SCTIE/MS nº 8, de 15 de agosto de 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
28. NICE 2018. **Cystic fibrosis: diagnosis and management**. Disponível em: www.nice.org.uk/guidance/NG78



29. BRASIL. Constituição Federal.
Brasília: 1988.

DUFF, A. J.; Latchford, G. J. Motivational interviewing for adherence problems in cystic fibrosis. **Pediatr Pulmonol.** 2010;45(3):211-20.

<https://doi.org/10.1002/ppul.21103>

FATORES ASSOCIADOS A SÍNDROME DO ESGOTAMENTO PROFISSIONAL ENTRE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

FACTORS ASSOCIATED WITH PROFESSIONAL EXHAUSTION SYNDROME AMONG NURSING PROFESSIONALS

Júly Karoliny Barbosa de Souza ¹, Luciano Laurentino de Araujo², Ruth Silva Lima da Costa²

1. Enfermagem. Centro Universitário Uninorte. Rio Branco – Acre. Brasil
2. Enfermagem. Secretaria de Estado de saúde do Acre. Centro Universitário Uninorte. Rio Branco – Acre. Brasil

Autor correspondente: ruttilyma@gmail.com

RESUMO

O ambiente de trabalho na enfermagem apresenta estressores importantes que influenciam a qualidade de vida dos profissionais. Nesta perspectiva a Síndrome de Burnout, ou Síndrome do Esgotamento Profissional, surge como uma das principais consequências do estresse ocupacional. **Objetivo:** Evidenciar fatores associados a Síndrome do Esgotamento Profissional entre profissionais de enfermagem. **Método:** Trata-se de uma revisão bibliográfica sistematizada da literatura por meio de um levantamento de estudos publicadas no período compreendido entre 2010 e 2021. **Resultados:** Dentre os principais fatores associados a Síndrome, destacaram-se o ato de lidar com pacientes graves, a baixa remuneração, a exaustão e sintomas depressivos, o excesso de trabalho associado a longas jornadas, o estresse, a baixa realização pessoal, a despersonalização e a falta de apoio social. **Conclusão:** Os resultados obtidos fornecem elementos para uma melhor compreensão de fatores individuais e laborais associados à síndrome e apontam para a necessidade de um olhar especial voltado à saúde mental dos profissionais de enfermagem, a fim de prevenir o desencadeamento da doença e consequentemente o risco de complicações entre essa categoria profissional.

Palavras-chave: Exaustão. Enfermagem. Esgotamento profissional.

ABSTRACT

The work environment in nursing presents important stressors that influence the quality of life of professionals. In this perspective, Burnout Syndrome or Professional Exhaustion Syndrome emerges as one of the main consequences of occupational stress. **Objective:** To highlight factors associated with Burnout Syndrome among nursing professionals. **Method:** This is a systematic bibliographic review of the literature through a survey of studies published between 2010 and 2021. **Results:** Among the main factors associated with the syndrome, the act of dealing with critically ill patients, the low remuneration, exhaustion and depressive symptoms, overwork associated with long hours, stress, low personal fulfillment, depersonalization and lack of social support. **Conclusion:** The results obtained provide

elements for a better understanding of individual and work factors associated with the syndrome and point to the need for a special look at the mental health of nursing professionals, in order to prevent the onset of the disease and consequently the risk of complications among this professional category

Keywords: Exhaustion. Nursing. Burnout professional.

INTRODUÇÃO

O Burnout é uma síndrome pouco conhecida, e na maioria das vezes pode passar despercebida. Seus sintomas são vários, dentre eles destacam-se: cansaço, esgotamento emocional, irritabilidade, mal-estar geral, despersonalização, insônia, falta de realização pessoal, úlceras digestivas, dores musculares, perda de peso, alergias e dores na coluna¹.

Ele pode ainda ser descrito como uma Síndrome de Exaustão Emocional, Síndrome do Esgotamento Profissional, Despersonalização e Reduzida Realização Profissional que pode ocorrer principalmente entre indivíduos que trabalham com pessoas. Acredita-se que o conhecimento acerca da patologia seja passo inicial e imprescindível para a implementação de medidas para a extirpação ou minimização de suas consequências, especialmente entre os profissionais de saúde, que precisam sentir-se bem para poder realizar suas atividades de trabalho de forma tranquila e segura².

Estudos vêm evidenciando que ao exacerbar os estressores de um sistema de saúde despreparado, que exige muito do profissional, associados a um cenário incerto, como no caso da pandemia da Covid-19, que provocou um pico de esgotamento entre os trabalhadores da saúde, podendo gerar inúmeros problemas de ordem psicoemocional entre os trabalhadores, em especial médicos e enfermeiros, sendo assim, tornou-se fundamental identificar formas eficazes de reduzir os estressores a fim de prevenir a doença³⁻⁴.

Destarte, a enfermagem é uma área de atuação propícia a desenvolver a Síndrome de Burnout (SB). O enfermeiro é o profissional que permanece maior tempo junto ao paciente dentro dos diversos contextos do cuidar, prestando-lhe cuidado integral. No entanto, o ambiente de atuação destes profissionais é marcado pela capacidade de gerar impacto a sua saúde física e mental, uma vez que esta classe lida com a dor, o sofrimento, a morte e perdas associadas às condições desfavoráveis de trabalho como a baixa remuneração⁵.

Dessa forma, o ambiente de trabalho na enfermagem apresenta estressores importantes que influenciam a qualidade de vida desses profissionais e são fatores predisponentes ao adoecimento, sendo notável a extensa carga de trabalho, baixo piso salarial, discriminação social, grau elevado de responsabilidade para com os pacientes e a atmosfera física hospitalar que é considerada estressante⁶.

Portanto, estes estressores devem ser identificados precocemente, para que medidas de enfrentamento sejam adotadas, a fim de evitar ou minimizar o adoecimento e nessa perspectiva a SB, ou Síndrome do Esgotamento Profissional, surge como uma das principais consequências do estresse ocupacional. Fatores como a falta de reconhecimento e incentivo ao desenvolvimento profissional estão relacionados a síndrome⁷.

Nesse sentido, o presente artigo tem por objetivo evidenciar fatores associados a Síndrome do Esgotamento Profissional entre profissionais de enfermagem.

MÉTODOS

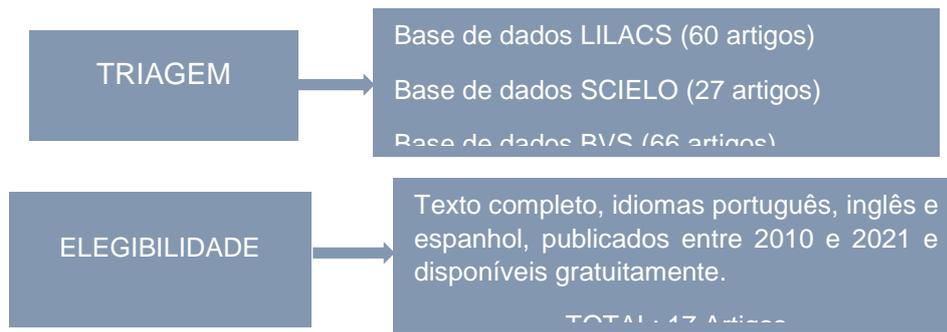
Trata-se de uma revisão bibliográfica sistematizada da literatura por meio de um levantamento de estudos publicadas no período compreendido entre 2010 e 2021. A questão norteadora do estudo foi: Quais os fatores associados a Síndrome do

Esgotamento Profissional entre profissionais de enfermagem?

Diferentes estratégias de busca foram definidas usando os descritores com os termos "enfermagem", "síndrome de Burnout", "esgotamento" e "exaustão". Realizou-se a busca pelos descritores individualmente. Em seguida, foram realizados os cruzamentos utilizando a combinação do termo booleano "AND", adaptado a cada uma das bases de dados e em quatro etapas: inicialmente, foram utilizados apenas os descritores enfermeiros AND esgotamento; seguido pelos descritores Enfermagem AND exaustão; síndrome de Burnout; e, finalmente, Enfermagem AND esgotamento AND exaustão.

Os critérios utilizados para a inclusão dos artigos foram: Texto completo, disponível gratuitamente, artigos publicados em português, inglês e espanhol, disponíveis nas bases de dados escolhidas, com período cronológico compreendido entre 2010 e 2021. Quanto aos critérios de exclusão, foram excluídos os artigos de revisão/debate, avaliação de teses, documento de projeto, artigos duplicados, artigos com texto não completos, estudo de caso, publicações que excedem o período cronológico estabelecido e que não estavam disponíveis gratuitamente.

Figura 01: Fluxograma da busca de artigos.



Dos artigos, foram extraídas informações relativas a: tipo de estudo, população e amostra, métodos de estudo empregados, resumo dos resultados, relação com a prática de profissional de enfermagem, relação com o risco de suicídio entre profissionais da enfermagem. Estas informações foram organizadas e analisadas em categorias analíticas. Esta nova categorização dos estudos baseou-se nos resultados mais relevantes dos estudos e sua discussão para a compreensão de temas importantes sobre o risco de suicídio entre enfermeiros.

A pesquisa não foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) local, por se tratar de um estudo em fontes secundárias e não se enquadrar dentro da legislação do CONEP/MS, resolução n.º 466/2012.

RESULTADOS

Foram encontrados 46 artigos que corresponderam aos objetivos do trabalho. O gráfico 1 demonstra a distribuição dos artigos selecionados quanto ao ano de publicação, mas os anos 2010, 2013 e 2015 foram aqueles com mais publicações identificadas.

Gráfico 1: Distribuição por ano das publicações (n=17).

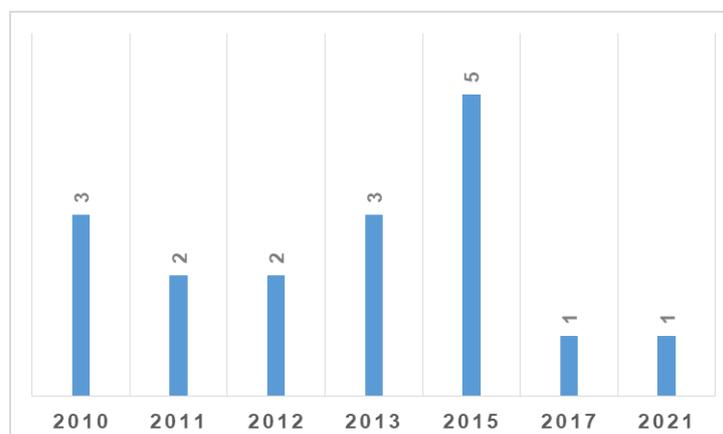


Tabela 01: Fatores associados a Síndrome do Esgotamento Profissional entre profissionais da enfermagem.

Fatores	Número de citações dos fatores nos artigos
Baixa remuneração	5
Excesso de trabalho	3
Insatisfação com o trabalho	5
Excesso de estresse	2
O ato de lidar com pacientes graves	7
Extensa jornada de trabalho	3
Depressão	5
Baixa realização pessoal	3
Despersonalização	2
Falta de apoio social	2

A tabela 1 evidenciou os principais fatores associados a Síndrome do Esgotamento Profissional entre profissionais da enfermagem, destacando-se entre eles o ato de lidar com pacientes em estado grave, a baixa remuneração e a depressão.

DISCUSSÃO

A atribuição do enfermeiro evoluiu de uma postura de custódia, centrada no atendimento das necessidades físicas e gerais dos pacientes, para progressivamente incorporar uma abordagem psicológica e social, o que lhe conferiu reconhecimento da equipe na abordagem aos doentes. A reorientação do trabalho do enfermeiro vem exigindo dos profissionais melhores qualificações e muito mais tempo de dedicação ao trabalho⁸.

Na esfera do trabalho, de acordo com os dados do Conselho Regional de Enfermagem (COFEN)⁹, de 609.846

profissionais inscritos, a prevalência feminina é de 92,3%. Esses dados ilustram a realidade nacional e uma tendência mundial dessa profissão, despertando a necessidade de estudos que possibilitem evidenciar como determinados saberes acerca desta área vêm sendo socialmente construídos e como se articulam às relações sociais das práticas em saúde¹⁰.

Segundo o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), no ano de 2020, existia a proporção de 6,27 enfermeiros para cada 1.000 habitantes no estado do Acre. No mesmo ano, de acordo com o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (SUS), foi verificado que no Acre estavam atuando um total de 5.594 enfermeiros¹¹.

Entretanto, a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) indica a necessidade de 9,0 enfermeiros por mil habitantes para

possibilitar acesso e atenção qualificada às populações¹².

Frente às questões de remuneração, vem se evidenciando na literatura que quanto menor o salário, maior a prevalência de depressão entre a população economicamente ativa¹³. A ligação entre renda familiar e a ampliação do grau de depressão igualmente foi apurado em estudantes de enfermagem¹⁴.

Uma pesquisa realizada sobre a prevalência de depressão em trabalhadores de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva de uma cidade do noroeste de São Paulo, demonstrou que quanto maior a renda, mais elevado o número de vínculos empregatícios, o que pode ser desgastante, com impacto na saúde mental destes profissionais¹⁵. Porém, outra pesquisa realizada com o intuito de identificar ansiedade e depressão entre profissionais de enfermagem que atuavam em blocos cirúrgicos comprovou referências de depressão superiores em enfermagem que têm exclusivamente uma ocupação, o que pode estar arrolado à baixa renda¹⁶.

Não existe um salário mínimo profissional ou piso salarial único para enfermeiros no Brasil. O valor depende das convenções e acordos coletivos firmados entre os sindicatos de cada região e os empregadores. Por isso, uma mesma cidade pode ter diferentes pisos salariais¹⁰.

Destarte, em 30 de dezembro de 2009, foi aprovada a Lei n.º 1.795, a qual “Institui o Plano de Cargos, Carreiras e Remuneração dos Servidores da Administração Pública Direta do Município de Rio Branco, capital do Acre”. A referida Lei estabelece para os servidores públicos municipais de saúde ocupantes dos cargos de enfermeiro a jornada de trabalho de trinta (30) horas semanais, todavia frente às questões de remuneração, o salário médio do profissional de enfermagem varia em função do cargo que o mesmo ocupa e o estado onde atua¹⁷. De acordo com o Conselho Federal de Enfermagem, um enfermeiro pode ganhar de R\$ 2.493,35 até R\$ 9.800, contudo a baixa remuneração, associada a extensas cargas de trabalho, é um dos preditores para o desenvolvimento da SB¹⁸.

Nesse sentido, o excesso de tarefas é considerado uma das razões que colaboram para a ampliação do estresse emocional e físico, podendo provocar múltiplas doenças, levando ainda ao desequilíbrio mental, tornando-se avaliada uma razão desencadeante da síndrome¹⁹.

Pesquisas também assinalaram que o excesso de trabalho que pode levar ao desenvolvimento da doença transcorre da deficiência de profissionais, de maneira especial em feriados; profissionais que não cumprem suas funções e sobrecarregam o plantão subsequente;

confusão de escala, que implica a insatisfação e intuito na renúncia do emprego; e elevadas quantidades de pacientes internados^{19, 20}.

Dessa forma estudos vêm demonstrando que existe um encadeamento entre risco de suicídio e a realização pessoal entre os profissionais de saúde. Quanto mais tempo o enfermeiro permanecer insatisfeito com a prática de sua profissão, maiores serão as respostas negativas dentro de si em seu ambiente de trabalho, manifestações bem como baixa autoestima, irritabilidade, redução da atividade sexual, ausência de apetite, pouca produtividade, falta de interesse pelo trabalho e depressão com muita probabilidade de aumentar o risco de suicídio^{6, 7, 21}.

Os profissionais da enfermagem têm se referido à precarização dos vínculos interpessoais, já que as tarefas em saúde são influenciadas e conduzidas pelos vínculos entre os indivíduos, que demandam coerência e participação colaborativa, no entanto na maioria das vezes é essa classe profissional que acaba sendo sobrecarregada frente às demandas da rotina hospitalar²².

Dessa forma, em virtude do caráter relacional do trabalho, estes profissionais estão sujeitos a desenvolver irritabilidade, suscitar desordem e dificuldades interpessoais com os outros membros da

equipe, como ainda com os gestores, usuários e ampliar-se para seus familiares²³.

Destarte, essa situação pode levar ao desenvolvimento de depressão, que pode ser caracterizada como o alongamento de sintomas depressivos e alteração de humor, onde o indivíduo agredido por essa desordem tem a aptidão de ver o mundo e a realidade desfigurada²⁴.

Dados têm demonstrado que a população do Brasil apresenta extensas taxas de depressão, sendo que 18,4% da população brasileira já foi acometida por ao menos um evento de depressão no decorrer de sua vida, ficando atrás somente da França (21,0%) e dos Estados Unidos da América (19,2%)²⁵.

A depressão afeta a autoestima, diminui o interesse pelo mundo externo e a vida sexual, origina insônia, diminui o apetite, causa emoções autopunitivas e incredulidade em capacidades individuais e leva a ideação suicida e a prática do suicídio²⁶.

Causa o comprometimento da concentração e da memória em consequência da ruminação mental dos problemas e demasiada agitação com dificuldade no campo pessoal, problemas em manter contatos sociais e ideações suicidas, além da verbalização da vida sem sentido, sentimento de vazio, de

destruição, prejuízo de identidade e problema de alcinhar as experiências e a solidão²⁷.

Alguns profissionais são mais expostos às doenças de saúde mental, entre tais, o enfermeiro por compartilhar, em maior parcela do tempo, com indivíduos que carecem de auxílio. Determinados fatores estressores, tais como: o clima de trabalho desfavorável, funções ambíguas e a ausência de nitidez em associação às tarefas a serem realizadas e às perspectivas têm efeitos antagônicos na saúde mental desses profissionais ²⁴.

Nesse sentido, compreender a depressão e o risco de suicídio, bem como os fatores envolvidos, é de extrema importância para estudos relacionados à saúde do trabalhador²⁸. Ressalta-se que a prevalência de sintomas depressivos e suicídio, que corresponde ao processo e que as causas de morte são causadas pelas próprias vítimas, é elevada entre os profissionais de saúde. A depressão é uma das três condições mais ocorrentes mencionadas pela equipe de enfermagem ^{13,28,29}.

A enfermagem não pode ser exercida sem a percepção do bem e do mal, sem o anseio de cuidar, de ser benévolo ou sem o amor pelo ser humano. O profissional de enfermagem, determinadas vezes, vê-se forçado a

transformar o binômio profissional-paciente em um trinômio profissional-instituição-paciente e passa por coações de benefícios antagônicos, por isso que, de um lado, está o estabelecimento de saúde, que demanda produtividade com um pequeníssimo gasto; de outro, o usuário, que solicita atenção e qualidade³⁰.

Sendo assim, as especificidades do trabalho em corporações de saúde possibilitam reconhecer agentes estressores importantes, detectados nos profissionais que acompanham os estímulos emocionais relacionados ao adoecer. Muitas situações dentro dessa área de atuação se configuram como verdadeiros dilemas éticos e são altamente estressantes. O mesmo dilema é apresentado quando se observa a realidade na enfermagem. Os sentimentos de culpa por fracasso de onipotência, impostos pelos limites de realidade, favorecem o surgimento de quadros depressivos e de ideação suicida¹⁵.

Já é de conhecimento que a depressão é uma das três doenças mais citadas pelos profissionais de enfermagem, para tal, os gestores dos serviços de saúde precisam reconhecer este problema prematuramente, promover a saúde no trabalho, impedir desenlaces infelizes e fatais, como também a redução

ou prejuízo da qualidade da assistência prestada¹³.

Os elevados números de depressão contrariam com o trabalho exercido pelos enfermeiros, de quem, comumente, confia-se o cuidado ²⁴, pois ao mesmo tempo que cuidam de outrem, podem precisar ser cuidados. Nesse sentido, como os índices de depressão são muito elevados entre os profissionais da enfermagem e considerando que, por ser o estado de depressão um preditor de maior risco de suicídio, os profissionais de enfermagem apresentam maior risco de cometerem tal ato³¹.

Destarte, um estudo realizado sobre sintomas depressivos e fatores intervenientes em enfermeiros de serviços hospitalares de urgência revelou que o risco de suicídio entre os profissionais de enfermagem está relacionado à presença dos fatores como a baixa realização pessoal e depressão²⁰.

Alguns estudos demonstraram ser difícil evitar uma tentativa de suicídio dada a complexidade de identificar o risco iminente de comportamento suicida, contudo podem cooperar para a sua prevenção a avaliação e identificação de fatores de riscos associados e utilização de estratégias que incluam: restrição aos meios altamente letais, utilização de métodos de rastreamento e identificação das pessoas em risco, gestão de risco de

suicídio, educação da população em geral, cobertura de uma mídia responsável, diagnóstico e tratamentos eficazes, educação permanente das equipes de saúde para intervir multimodal e interdisciplinarmente, sendo assim eles vêm evidenciando ainda que os profissionais da enfermagem apresentam elevado risco de cometerem suicídio ^{16,19,20,21, 22}.

Dados demonstram que em determinados países o risco de suicídio entre os enfermeiros é mais alto do que na população geral, tais como a Austrália e Nova Zelândia, ao mesmo tempo que na Noruega proporcionam uma prevalência de suicídio executado maior do que em outros profissionais da saúde, sendo evidenciados como agentes de risco: a depressão, baixa realização pessoal, entre outros agentes³².

A vulnerabilidade emocional gerada pela deficiência dos suportes afetivo e social acarreta extensa angústia, já que a representação desse estado não fica limitada à vida privada, expandindo-se para a área das relações de trabalho, nesse sentido, o profissional, ao notar-se sem opção para partilhar seus problemas, ambições e apreensões, tem acrescentada sua crise emocional, o que pode arrastar para o aparecimento da Síndrome de Burnout e/ou do estresse ocupacional³³.

O estresse arrolado ao trabalho procede de várias circunstâncias em que o profissional entende este ambiente como intimidante às suas necessidades de realização pessoal e profissional, prejudicando sua interação com seus desempenhos e com o ambiente de trabalho, na medida em que este ambiente contém demandas excessivas a ela, ou que ela não contenha recursos para encarar tais situações. Portanto, estresse no trabalho é a consequência de um conjunto de várias situações ou condições, que são potencialmente desestabilizadoras em razão de incoerências ou falta de adaptação entre pessoas e ambiente³⁴.

Em resumo, os agentes estressores na área de trabalho da saúde são mais relacionados aos fatores intrínsecos ao trabalho, às relações profissionais e à estrutura organizacional, e podem produzir efeitos físicos, emocionais e cognitivos, o que pode gerar a SB que é caracterizada por um conjunto de sinais e sintomas físicos e psíquicos, consequentes da má adaptação ao trabalho e com intensa carga emocional, e pode estar acompanhado de frustração em relação a si e ao trabalho e decorre da exposição prolongada aos estressores laborais e falta de apoio social, o que gera desgaste físico e psíquico do trabalhador^{35, 36, 37, 38, 39, 40}.

Diversos argumentos têm sido usados para firmar a conclusão de que as profissionais enfermeiras são mais susceptíveis à SB do que os enfermeiros. Os papéis impostos aos gêneros no processo de socialização, deixam as mulheres mais propensas a envolver-se emocionalmente com os problemas dos pacientes e seus familiares e conseqüentemente mais propensas a desenvolverem a Síndrome do Esgotamento Profissional^{41, 42, 43, 44, 45}.

CONCLUSÃO

Dentre os principais fatores associados à Síndrome destacaram-se o ato de lidar com pacientes graves, a baixa remuneração, a exaustão e sintomas depressivos, o excesso de trabalho associado a longas jornadas, o estresse, a baixa realização pessoal, a despersonalização e a falta de apoio social.

Os resultados obtidos fornecem elementos para uma melhor compreensão de fatores individuais e laborais associados à síndrome e apontam para a necessidade de se dedicar atenção especial à saúde mental dos profissionais de enfermagem, a fim de prevenir o desencadeamento da SB e conseqüentemente o risco de suicídio entre essa categoria profissional, associada a esses fatores.

Mais pesquisas sobre essa síndrome devem ser realizadas em profissionais de enfermagem, a fim de subsidiar intervenções por parte dos gestores que possam prevenir o desenvolvimento da Síndrome.

REFERÊNCIAS

1. ABREU, Simone Aparecida et al. Determinação dos sinais e sintomas da síndrome de burnout através dos profissionais da saúde da santa casa de caridade de alfenas nossa senhora do perpétuo socorro. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 13, n. 1, p. 201-238, 2015.
2. DOS SANTOS, Sara Oliveira Silva et al. A síndrome de burnout e os profissionais de saúde: uma revisão integrativa. **DêCiência em Foco**, v. 3, n. 2, p. 111-119, 2019.
3. BANSAL, Priya et al. Clinician wellness during the COVID-19 pandemic: extraordinary times and unusual challenges for the allergist/immunologist. **The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice**, v. 8, n. 6, p. 1781-1790. e3, 2020.
4. RESTAURI, Nicole; SHERIDAN, Alison D. Burnout and posttraumatic stress disorder in the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: intersection, impact, and interventions. **Journal of the American College of Radiology**, v. 17, n. 7, p. 921-926, 2020.
5. ARAÚJO, Ana Lúcia Belarmino de et al. Síndrome de Burnout em enfermeiros que atuam em unidade de terapia intensiva neonatal. **Motricidade**, Ribeira de Pena, v. 15, n. 4, p. 51-58, 4 dez. 2019.
6. ALVES, Maria Dalva Santos et al. Pesquisas sobre suicídio no programa de pós-graduação brasileiro. **Revista Brasileira de Enfermagem on-line**, v. 6, n. 3 nov.2007.
7. BERTOLETE, João Manoel. **Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária**. Organização Mundial de Saúde. Genebra: 2000.
8. COFEN, Conselho Federal de Enfermagem, **decreto nº 94.406/87**, <http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html> acesso em: 24 de abr., 2021.
9. COFEN, Conselho Federal de Enfermagem, **Número de enfermeiros no Brasil**, <<http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>> acesso em: 06 de abr., 2021.
10. OJEDA, Beatriz Sebben et al. Saberes e verdades acerca da enfermagem: discursos de alunos ingressantes. **Revista brasileira de enfermagem**. Brasília, v. 61, n. 1, p. 78-84, 2010.
11. DATASUS, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, **Quantitativo de enfermeiros por habitantes no estado do Acre**. Disponível em:< <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/e01.def>>. Acesso em: 17 de abril 2021.

12. CAMPOS, Luís. A Perspective on the OECD Report “Health at a Glance 2017”. **Acta medica portuguesa**, v. 31, n. 1, p. 9-11, 2018.
13. VIEIRA, Tainara Genro et al. Adoecimento e uso de medicamentos psicoativos entre trabalhadores de enfermagem de unidades de terapia intensiva. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 3, n. 2, p. 205-214, 2013.
14. MANETTI, Marcela Luísa; MARZIALE, Maria Helena Palucci. **Fatores associados à depressão relacionada ao trabalho de enfermagem**. Estudos de Psicologia, São Paulo, v.12 n.1, p.79-85, 2007.
15. VARGAS, Divane de; DIAS, Ana Paula Vieira. Prevalência de depressão em trabalhadores de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva: estudo em hospitais de uma cidade do noroeste de São Paulo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v.19, n.5, 2010.
16. SCHMIDT, Denise Rodrigues Costa; DANTAS, Rosana Aparecida Spadoti; MARZIALE, Maria Helena Palucci. Ansiedade e depressão entre profissionais de enfermagem que atua em blocos cirúrgicos. **Revista da Escola de Enfermagem USP**. v.45, n.2, p.487-93, 2011.
17. RIO BRANCO. Lei Nº 1795, de 30 de dezembro de 2009. Decreto n. 89.271, de 4 de janeiro de 1984. **Institui o Plano de Cargos, Carreiras e Remuneração dos Servidores da Administração Pública Direta do Município de Rio Branco**. Disponível em: <<http://portalcgm.riobranco.ac.gov.br/portal/wp-content/uploads/2015/05/LEI-N%C2%BA-1.795-DE-30-DE-DEZEMBRO-DE-2009.pdf>> Acesso em: 15 abr. 2021.
18. COREN, Conselho Regional de Enfermagem, **salário médio de enfermagem**, Disponível em: <http://www.coren.gov.br/salario-medio-de-enfermagem-brasil.html> acesso em: 05 de abr., 2021.
19. MONTEIRO, Janine Kieling et al. Adoecimento psíquico de trabalhadores de unidades de terapia intensiva. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 33, n. 2, p. 366-379, 2013.
20. OLIVEIRA, Felipe Perucci de; MAZZAIA, Maria Cristina; MARCOLAN, João Fernando. Symptoms of depression and intervening factors among nurses of emergency hospital services. **Acta Paulista De Enfermagem**, v. 28, n. 3, p. 209-215, 2015.
21. TOMÁS-SÁBADO, Joaquín et al. Síndrome de burnout y riesgo suicida en enfermeras de atención primaria. **Enfermería clínica**, v. 20, n. 3, p. 173-178, 2010.
22. OLIVEIRA, Joana D`Arc de Souza; ALCHIERI, João Carlos; JÚNIOR, João Mário Pessoa. et., al. Representações sociais de enfermeiros acerca do estresse laboral em um serviço de urgência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.47, n.4, p.984-9, 2013.

23. PASCHOALINI, Bruna; OLIVEIRA, Mônica Martins; FRIGÉRIO, Michele Cândida. Et. al. **Efeitos cognitivos e emocionais do estresse ocupacional em profissionais de enfermagem**. Acta Paulista de Enfermagem. v.21, n.3, p.487-92, 2008.
24. RIOS, Kátia Assalvi; BARBOSA, Dulce Aparecida; BELASCO, Angélica Gonçalves Silva. Evaluation of quality of life and depression in nursing technicians and nursing assistants. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 413-420, 2010.
25. BROMET, Evelyn et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. **BMC medicine**, v. 9, n. 1, p. 1-16, 2011.
26. BARSOSA, Khivia Kiss Silva et., al. Sintomas depressivos ideação suicida em Enfermagem e Médicos da assistência hospitalar. **Revista Enfermagem UFSM**, v.2, n.3, p.515-522, set/dez, 2012.
27. ABELHA, Lúcia. Depressão, uma questão de saúde pública Depression, a matter of public health. **Cad. saúde colet**, v. 22, n. 3, 2014.
28. SCHMIDT, Denise Rodrigues Costa; DANTAS, Rosana Aparecida Spadoti; MARZIALE, Maria Helena Palucci. Ansiedade e depressão entre profissionais de enfermagem que atuam em blocos cirúrgicos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 2, p. 487-493, 2011.
29. BARBOSA, Khivia Kiss Silva et al. Sintomas depressivos e ideação suicida em enfermeiros e médicos da assistência hospitalar. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 2, n. 3, p. 515-522, 2012.
30. MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & contexto-enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.
31. SILVA, Darlan dos Santos Damásio et al. Depressão e risco de suicídio entre profissionais de Enfermagem: revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 6, p. 1023-1031, 2015.
32. BEZERRA, Francimar Nipo; SILVA, Telma Marques da; RAMOS, Vânia Pinheiro. **Estresse ocupacional dos enfermeiros de urgência e emergência**: Revisão Integrativa da Literatura. Acta Paulista de Enfermagem, v.25, n.2, p.151-6, 2012.
33. URBANETTO, Janete de Souza et al. Estresse no trabalho segundo o Modelo Demanda-Control e distúrbios psíquicos menores em trabalhadores de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem USP**. v.47, n.3, p.1186-93, 2013.
34. PEREIRA, A. M. T. B. et al. **Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador**. (4^o ed.) São Paulo: Casa do Psicólogo. 2010.
35. BOTEGA, Neury José. **Comportamento suicida: epidemiologia**. Instituto de

- Psicologia da USP, São Paulo, v.25, n.3, p.231-6, 2013.
36. GUIDO, Laura de Azevedo et al. Estresse, coping e estado de saúde entre enfermeiros hospitalares. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v.45, n.6, p.1434-9, 2010.
37. GIL-MONTE, Pedro R. Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. **Psicologia em estudo**, v. 7, n. 1, p. 3-10, 2002.
38. TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 3465-3474, 2020.
39. HANZELMANN, Renata da Silva; PASSOS, Joanir Pereira. Imagens e apresentações da enfermagem acerca do stress e sua influência na atividade laboral. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.44, n.3, p.694-701, 2010.
40. GASPARINO, Renata Cristina; GUIRARDELLO, Edinêis de Brito. Ambiente da prática profissional e burnout em enfermeiros. **Revista Rene**, São Paulo; v.16, n.1, p.90-6, 2012.
41. SCHMIDT, Denise Rodrigues Costa et al. Qualidade de vida no trabalho e burnout em trabalhadores de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.66, n.1, p.13-7, 2013.
42. SILVA, Darlan dos Santos Damásio et. al. Depressão e risco de suicídio entre profissionais de Enfermagem: revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**.v.49, n.6, p.1027-1036, 2015.
43. SILVA, Jorge Luiz Lima et al. Fatores psicossociais e prevalência da síndrome de burnout entre trabalhadores de enfermagem intensivistas. **Rev. bras. ter. intensiva**, v.27, n.2, p.125-133. 2015.
44. TRINDADE, Letícia de Lima; LAUTERT, Liana. Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.44, n.2, p.274-9, 2010.
45. SILVA, Salvyana Carla Palmeira Sarmiento et al. A síndrome de burnout em profissionais da Rede de Atenção Primária à Saúde de Aracaju, Brasil. **Ciênc. Saúde coletiva**. v.20, n.10, p.3011-3020, 2015.

PERÍCIAS MÉDICAS NAS POLÊMICAS QUE ENVOLVEM OS BENEFÍCIOS POR INCAPACIDADE NA PREVIDÊNCIA SOCIAL

MEDICAL EXPERTISE IN THE CONTROVERSIES THAT INVOLVE DISABILITY BENEFITS IN SOCIAL SECURITY

Cleomarina Guimarães da Silva^{1*}, Pedro Henrique Moreira Simões²

1. Direito. Faculdade Interamericana de Porto Velho, RO, Brasil.
2. Professor. Faculdade Interamericana de Porto Velho, RO, Brasil.

*Autor correspondente: cleomarinaquimaraes@gmail.com

RESUMO

Introdução: As perícias médicas nos benefícios por incapacidade têm sido objeto de grandes discussões na seara do Direito Previdenciário. Diante disso, surge o tema "Perícias médicas nas polêmicas que envolvem os benefícios por incapacidade na Previdência Social". **Objetivo:** Entender por que a perícia médica causa tanta polêmica nos benefícios por incapacidade na Previdência Social. **Método:** A metodologia utilizada foi o método hipotético-descritivo, com abordagem qualitativa e procedimentos bibliográficos em livros e sites afins. **Resultados e Discussão:** Os dados foram coletados na *internet* e em livros especializados em benefícios previdenciários por incapacidade, em que autores especialistas em previdência social expõem suas opiniões, as quais convergem e apontam polêmicas na atividade médica, na autarquia do INSS, como também nas condutas oportunistas que provocam rombos previdenciários. **Conclusão:** Entendeu-se que falhas no sistema do INSS, nos procedimentos periciais, somadas às mazelas sociais, políticas e econômicas contribuem para a situação babélica e polêmica que incide na perícia médica nos benefícios por incapacidade.

Palavras-chave: Perícia Médica. Benefício por Incapacidade. Polêmicas.

ABSTRACT

Introduction: Medical expertise in disability benefits has been the subject of great discussions in the field of Social Security Law. In view of this, the theme "Medical expertise in the controversies involving disability benefits in Social Security" arises. **Objective:** To understand why medical expertise causes so much controversy in Social Security disability benefits. **Method:** The methodology used was the hypothetical-descriptive method, with a qualitative approach and bibliographic procedures in books and related websites. **Results and Discussion:** Data were collected on the internet and in books specialized in disability pension benefits, in which authors specializing in social security expose their opinions, which converge and point out controversies in medical activity, in the INSS autarchy, as well as in conducts opportunists that cause social security gaps. **Conclusion:** It was understood that flaws in the INSS system, in expert procedures, added to social, political and economic ills contribute to the Babelic and controversial situation that affects medical expertise in disability benefits.

Keywords: Medical expertise. Disability Benefit. controversies.

INTRODUÇÃO

A doutrinadora em Direito Previdenciário Juliana Ribeiro¹ considera que as perícias técnicas de benefícios por incapacidade têm sido objeto de grandes discussões na seara do Direito Previdenciário. Ribeiro diz ainda que os segurados se acham injustiçados porque a perícia não é técnica, e muitas vezes, o perito não concede o benefício que deveria ser concedido. Por outro lado, o INSS aperta as regras de concessão de benefícios para evitar fraudes¹.

O Site do Governo Federal² informa que a Polícia Federal realiza incessantes operações para combater fraudes milionárias no INSS. Falcatruas perpetradas por peritos médicos judiciais, advogados e intermediários.

Diante dessa situação, vem à tona o tema "Perícias médicas nas polêmicas que envolvem os benefícios por incapacidade na Previdência Social".

Portanto, indaga-se: por que a perícia médica causa tanta polêmica nos benefícios por incapacidade na Previdência Social?

A hipótese é que as polêmicas estão focadas na perícia médica pelo fato de que esta é decisória à concessão, ou não, a benefícios previdenciários. No entanto, influências da autarquia previdenciária, do segurado, de fatores socioeconômicos,

entre outros, potencializam as polêmicas na perícia médica.

A partir dessa conjectura, o objetivo geral desta pesquisa é entender por que a perícia médica causa tanta polêmica nos benefícios por incapacidade na Previdência Social.

Para direcionar o trabalho, foram delineados os seguintes objetivos específicos: demonstrar os benefícios previdenciários por incapacidade e o INSS; descrever a atividade da perícia médica; relacionar elementos polêmicos que envolvem a perícia médica nos benefícios por incapacidade.

Assim, para responder ao problema e testar a hipótese, foi realizada uma pesquisa de finalidade básica estratégica, com objetivo descritivo, sob o método hipotético descritivo, com abordagem qualitativa e procedimentos bibliográficos em livros especializados e sites afins.

A pesquisa tem início com a lei que institui os benefícios previdenciários por incapacidade, o INSS e os tipos de incapacidade. Em seguida, serão descritos os procedimentos da perícia médica nos benefícios por incapacidade do INSS: a função, ética, bases legais, procedimentos, decisões, erros, impugnação do médico perito e também, o bônus por perícia.

Por fim, foram relacionados os elementos internos e externos que

envolvem a perícia médica nos benefícios por incapacidade na Previdência Social.

Em conclusão, os objetivos propostos foram atingidos, o questionamento respondido e a hipótese confirmada. Chegou-se ao entendimento de que as polêmicas estão centradas na perícia médica, mas fatores internos e externos, como o INSS/Governo, o sistema social, político e econômico, entre outros, potencializam as polêmicas nas perícias médicas nos benefícios por incapacidade.

Recomenda-se a continuidade deste estudo sob novas perspectivas e em contextos diversos, na pandemia do Coronavírus, por exemplo, a fim de dirimir os impasses e polêmicas na seara previdenciária.

OS BENEFÍCIOS POR INCAPACIDADE E O INSS

O direito ao benefício por incapacidade está fundamentado na Lei de Benefícios da Previdência Social (Lei n.º 8.213 de 24 de julho de 1991)³, aplicáveis também aos mesmos conceitos e sistemática para constatação da incapacidade, do ponto de vista pericial.

O sistema da Previdência Social é administrado pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), autarquia do Governo Federal do Brasil, vinculada atualmente ao Ministério da Economia, o qual enfrenta grandes desafios.

Segundo o site Exame Economia, o Ministério da Economia divulgou que, de acordo com o Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias (PLDO), o rombo esperado na Previdência para 2020 é de R\$ 237,9 bilhões⁴. E a cada ano aumenta, inclusive na esfera dos benefícios por incapacidade.

Em consideração a isso, é plausível entender as características dos tipos de benefícios por incapacidade, que são: auxílio-doença, auxílio-doença acidentário, auxílio-acidente e aposentadoria por Invalidez.

O auxílio-doença é o benefício previdenciário pago pelo Instituto Nacional do Seguro Social - INSS - às pessoas que ficarem incapacitadas para o trabalho ou atividade habitual por mais de 15 (quinze) dias e estejam incapacitadas para o retorno da atividade laboral. No que expõe Macedo⁵:

O auxílio-doença é um benefício concedido em decorrência da verificação de uma incapacidade temporária, ou seja, quando o segurado estiver suscetível a recuperação para atividade que lhe garanta a subsistência. Pode ser considerada auxílio-doença comum ou auxílio-doença de natureza acidentária.

Assim, o auxílio-doença comum é concedido ao segurado que ficou incapacitado por motivos alheios à sua atividade laboral; já o auxílio-doença acidentário é o benefício concedido ao segurado que ficou incapacitado para o

trabalho em decorrência de acidente de trabalho ou de doença ocupacional.

A principal diferença entre o auxílio-doença comum e o auxílio-doença acidentário é que, neste benefício, além da doença ou sequela incapacitante, tenha que ter se dado, essencialmente, pelo exercício da atividade laboral.

Diz o art. 118 da lei 8.213/1991³ que, quando o segurado sofrer acidente trabalhista, este terá seu trabalho garantido na empresa pelo prazo mínimo de doze meses, após a cessação do auxílio-doença acidentário. Essa medida visa garantir a sobrevivência do trabalhador durante a sua recuperação e a continuidade ao emprego logo que restabelecer a saúde. Quando a incapacidade é mais grave, apresenta danos permanentes que impossibilitam a execução laboral, pode-se requerer o auxílio-acidente.

O auxílio-acidente é um benefício de natureza indenizatória pago ao segurado do INSS quando, em decorrência de acidente, apresentar sequela permanente que reduza sua capacidade para o trabalho. A Lei 8.213/1991, em seu art. 86, institui que o auxílio-acidente será concedido quando resultarem sequelas que impliquem a redução da capacidade laboral que o segurado habitualmente exercia³. Sobre esse caso, o trabalhador pode ficar incapacitado em apenas uma função, mas nada impede que possa executar outras atividades em que a deficiência não impeça. Porém, quando o trabalhador fica com incapacidade total é-lhe concedida a aposentadoria por Invalidez.

A aposentadoria por invalidez é um benefício previdenciário por incapacidade concedido ao segurado que, em razão de alguma moléstia ou incapacidade, não pode mais exercer sua atividade ou ser reabilitado em outra profissão que lhe garanta a subsistência, ou seja, fica permanentemente incapaz de exercer qualquer atividade laborativa.

Aliás, a incapacidade deve ser constatada para ter direito ao benefício. Para tanto, é imprescindível a perícia médica.

PERÍCIA MÉDICA NOS BENEFÍCIOS POR INCAPACIDADE

A Perícia Médica do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS tem como alvo fundamental a emissão de laudos/pareceres conclusivos na avaliação da incapacidade laboral.

Ribeiro¹ questiona se a perícia é realmente técnica, pois em determinada situação, alguns peritos médicos não são especializados naquela seara específica em que o diagnóstico deveria ser feito.

A doutrinadora indaga ainda se o tempo que leva os procedimentos da perícia do INSS seria insuficiente para diagnosticar uma incapacidade. Outro ponto são as localidades distantes dos grandes centros onde não há médico especialista. Complica mais, caso o segurado possua uma doença psiquiátrica e outra física.

Juliana Ribeiro¹ acrescenta que a perícia médica do INSS é um dos grandes problemas enfrentados pelo segurado e a principal causa do número elevado de indeferimento nos benefícios por incapacidade.

Então, para entender este setor, é necessário visualizar a atuação profissional do perito médico.

Conforme o INSS a carreira do perito médico previdenciário é regida pelas leis n° 10.876, de 2 de junho de 2004, e n° 11.907, de 2 de fevereiro de 2009, que conferem a estes servidores a prerrogativa para análise da incapacidade laborativa.

Gouveia⁶ esclarece sobre a formação do médico perito:

O servidor da área médico-pericial do quadro permanente do INSS é o profissional com a atribuição de se pronunciar conclusivamente sobre condições de saúde e capacidade laborativa do examinado, para fins de enquadramento em situação legal pertinente. Deve ter sólida formação clínica, amplo domínio da legislação de Previdência Social, conhecimento de profissiografia, disciplina técnica e administrativa e alguns atributos de personalidade e caráter, destacando-se a integridade e Independência de atitudes, além da facilidade de comunicação e de relacionamento.

Nesses termos, o perito médico deve ter além da formação clínica, conhecimento técnico, administrativo, legislativo, social, entendimento e prática em profissiografia, ou seja, registro de tudo o que é relativo à atividade

profissional. E, acima de tudo, ser justo e ético.

Na relação médico-paciente o compromisso do profissional perito é com a verdade e a justiça. Cabe ao perito médico conciliar técnica, autarquias e periciado.

Biscaia⁷ acentua de forma enfática e abrangente esse conceito:

A empatia do perito deve se manifestar através da educação, da cordialidade e da demonstração ao periciando de que sua queixa foi bem compreendida, não é recomendável ao perito mais do que isso. O médico-perito deve ter cuidado não só com o que fala, mas com a maneira como fala e a entonação que utiliza. Rispidez, agressividade velada, ironia e impaciência são comportamentos inadequados, mesmo quando se crê diante de pleitos que podem ser considerados indevidos, fraudados ou simulados, comuns nas várias modalidades de perícia médica. Assim, o perito médico não pode se valer do cargo para, a seu juízo, reparar danos e injustiças, impor penas ou castigos.

Nessas palavras, o profissional perito médico não deve se posicionar como julgador, repressor ou salvador da pátria. Ele carece focar na matéria médica, na legislação, na técnica, ter redação clara, direta, sem subterfúgios e voltada ao entendimento pela autoridade e pelas partes envolvidas.

Em seus estudos, Biscaia⁷ aponta que o perito médico deve pautar suas atividades nos seguintes postulados éticos: evitar conclusões intuitivas e precipitadas; falar pouco e em tom sério; agir com modéstia e sem vaidade; manter o sigilo exigido; ter autoridade, para ser

acreditado; ser livre para agir com isenção; não aceitar a intromissão de ninguém; ser honesto e ter vida pessoal correta; ter coragem para decidir; e ser competente, para ser respeitado. Além desses atributos, o profissional perito médico deve possuir bases legais para exercer a função.

Trezub e Patsis⁸ acrescentam que o médico não pode se anunciar como "médico perito" ou "especialista em perícia" caso não seja detentor do Título de Especialista emitido pela Associação Brasileira de Medicina Legal e Perícias Médicas.

A finalidade da perícia é a atuação na perícia trabalhista, previdenciária, entre outros. Seu eixo estrutural, portanto, não é a especialidade médica, razão pela qual eminentes médicos em suas respectivas especialidades podem não ser igualmente competentes ao se proporem produzir laudos periciais.

Mas, qual é a função da perícia médica previdenciária?

Trezub e Patsis⁸ expressam que a perícia médica administrativa previdenciária é aquela praticada no âmbito das instituições de previdência, cuja avaliação médica específica servirá para instrumentalizar processos administrativos.

O setor da perícia médica da autarquia previdenciária, conforme informa

Gouveia⁶, tem, entre outras atribuições: a) orientar o segurado, nos casos de inconformismo; b) participar de junta médica; c) zelar pela observância do Código de Ética Médica; d) comunicar irregularidade à chefia imediata; e) emitir parecer técnico em juízo; f) participar das revisões; g) analisar o laudo técnico e o formulário emitido pela empresa; h) assessorar tecnicamente; i) prestar informações quantitativas e qualitativas.

O perito médico além dessas atribuições deve manter-se permanentemente atualizado, aumentando a cada dia o saber sobre procedimentos jurídicos, sociais e técnicos, para garantir excelência na avaliação do exame médico pericial.

O exame médico tem como finalidade a avaliação laborativa do examinado, para fins de enquadramento na situação legal pertinente, mas o motivo mais frequente é a habilitação a um benefício por incapacidade.

Para Trezub e Patsis⁸ o exame pericial para fins previdenciários, é o pronunciamento conclusivo sobre a capacidade para o trabalho.

Portanto, o exame pericial implica confirmar ou, por vezes, refutar o diagnóstico clínico apontado pelo médico assistente, também, valorar o dano corporal e a perda da capacidade laborativa.

Essas informações basilares estão dispostas no Manual de Procedimentos de Perícias Médicas. Macedo⁵ indica que o próprio Manual de Perícias Médicas demonstra que o servidor da área médica pericial deve responder a quesitos.

Por certo que tais quesitos, na leitura do INSS, devem ser aqueles pré-elaborados em seus sistemas de informação. Entende-se, entretanto, que há uma interpretação sistemática das normas.

Tais normas garantem a proteção do contraditório e ampla defesa, também, na via administrativa, respaldam a tese de que o perito do órgão previdenciário tem o dever de responder aos quesitos formulados pelo segurado.

O perito deve registrar suas observações, seus estudos e exames efetuados no RPM. O Relatório de Perícia Médica (RPM) deve traduzir um exame médico pericial cuidadoso, com rigorosa anotação de todos os dados semiológicos que levem a um diagnóstico bem conduzido e fundamentem a conclusão quanto à incapacidade.

São elementos fundamentais do RPM:
Identificar ID - Identificação do examinado; profissão/atividade laborativa; emprego e desemprego; datas técnicas DAT/DID/DII; histórico clínico e ocupacional; histórico funcional/previdenciário; exame psicofísico; diagnóstico clínico;

diagnóstico da incapacidade; e considerações.

No campo de Considerações deve ser feita breve ementa do raciocínio pericial, com o prognóstico quanto a recuperação, procedimentos cabíveis, necessidades, observações, sugestões pertinentes e a conclusão.

A Conclusão da Perícia Médica (CPM) é a resposta a quesitos pré-definidos, que é de onde serão retirados os dados administrativos para os respectivos enquadramentos do benefício.

Marques, conforme citado por Trezub e Patsis⁸, argumenta que na conclusão médico-pericial é imprescindível considerar: o diagnóstico da doença; natureza e grau da deficiência; tipo de atividade ou profissão; indicação ou necessidade de proteção; eventual existência de hipersuscetibilidade; dispositivos legais pertinentes à categoria; idade e escolaridade; susceptibilidade ou potencial do segurado a readaptação profissional; mercado de trabalho e outros fatores exógenos.

Mediante essa análise, a conclusão da perícia médica pode ser denegatória, não foi configurada a incapacidade e não será concedido benefício. Ou concessória, foi confirmada a incapacidade, cuja duração não pode ser determinada com precisão, e implica revisão a médio/longo prazo.

A conclusão da perícia médica vai constar no Laudo Médico Pericial.

O Laudo da Perícia Médica (LPM) é prova decisiva da condição de incapacidade laborativa, com vistas a assessorar/subsidiar a concessão administrativa de um benefício por incapacidade.

Trezub e Patsis⁸ corroboram que o laudo médico pericial é peça fundamental e documento médico legal decisivo, tanto na via administrativa como recursal, ou em juízo. Na mesma visão, Gouveia⁶ orienta que "não basta examinar bem e nem chegar a uma conclusão correta, é preciso registrar, com clareza e exatidão", de forma a permitir a autoridade competente conferir a conclusão emitida.

Deste modo, no LPM deve estar contida toda a condição técnica e ética do médico perito, e, portanto, sua concepção deve revestir-se sempre da maior acurácia e dedicação.

Assim, o LPM é um documento escrito, que deve ser completo e conclusivo, preenchido de maneira clara e objetiva para evitar erro.

Ocorre erro médico pericial quando há negligência, imperícia ou imprudência. Biscaia⁷ entende por negligência o fato de o médico fazer menos do que deve; imperícia, fazer algo errado; e imprudência, fazer mais do que deve.

Nesses termos, Biscaia entende que o perito médico deve ser metucioso em seus procedimentos no INSS e no judiciário. Em muitos casos, o perito é nomeado pelo juiz, em confiança, informando os pontos controversos da questão a ser dirimida com vistas a estabelecer: a) Se houver dano ao paciente; b) A extensão do dano porventura ocorrido; c) O nexo de causalidade; d) Se há indícios de imperícia, imprudência ou negligência⁷.

A função do perito do juízo não é defender o réu/médico. Por isso, é necessário indagar.

As questões mais comuns de erro médico nas palavras de Biscaia⁷ são: 1) O diagnóstico está correto? Como foi feito o diagnóstico? 2) O cuidado dirigido ao paciente foi adequado? O exame físico foi apropriado? Os exames complementares indicados foram solicitados? 3) O plano terapêutico proposto foi o adequado? Ele foi explicado ao paciente? 4) Os riscos e benefícios de cada modalidade terapêutica foram explicados e discutidos com o paciente? 5) O seguimento do paciente foi adequado? Os retornos foram marcados com a frequência certa? O médico avaliou corretamente a resposta clínica ao tratamento? O médico avaliou a ocorrência de efeitos colaterais? Houve indicação de encaminhamentos para avaliar complicações?

Além disso, a anamnese e o exame físico do periciando são peças fundamentais e devem ser minuciosos e completos; no entanto, a consulta aos prontuários médicos é o elemento probante mais importante da perícia judicial por erro médico.

Biscaia⁷ diz que os peritos judiciais se defrontam com alegações exageradas dos autores sobre os danos sofridos e evidências de má prática médica; por outro lado, os procuradores dos réus alegam que eles agiram respaldados por referências a textos científicos e pareceres de especialistas.

Para chegar a conclusões e responder aos quesitos, Biscaia⁷ continua aclarando que o perito poderá, conforme previsão legal, utilizar-se de todos os meios necessários: oitiva de testemunhas; obtenção de informações; solicitação de documentos em poder das partes ou em repartições públicas; instruir o laudo com fotografias; e anexar exames complementares que não constem nos autos ou outras peças quaisquer. Erros periciais, como negligência, imperícia e imprudência, dão origem às impugnações.

A avaliação da condição de incapacidade deve ser feita por um médico especialista na matéria. Gouveia⁶ destaca que, para saber se o médico é ou não especialista, deve o patrono dos autos

se dirigir à secretaria da Vara Judicial e pedir para ver o currículo do perito.

Orienta-se, ainda, se houver empecilho na constatação do currículo do perito, deve-se peticionar requerendo ao Juízo que informe a especialidade médica, sob pena de nulidade de prestação jurisdicional. Pois sem saber a especialidade do perito, não é possível saber se ele é ou não especialista na matéria a ser periciada⁶. Veja-se que de acordo com o art. 468 da lei nº 13.105, de 16 de março de 2015, o perito pode ser substituído quando lhe faltar conhecimento técnico ou científico⁹.

Destarte, o patrono deverá protestar o perito médico caso este não seja especialista ou não possua conhecimento técnico específico. Impugnam-se também erros técnicos.

Apesar de o magistrado/parte desconhecer assuntos técnicos, em muitos casos, mesmo não sendo especialista, é visível o "erro" ou a "falta de atenção" de alguns peritos médicos judiciais. Daí a necessidade de se impugnar o laudo pericial.

Macedo⁵ elucida que na impugnação de um laudo pericial sem qualidade ética, técnica e legal, cabe ao advogado da parte, EM CAIXA ALTA, se for preciso, chamar atenção do juiz para os erros e incoerências verificadas. Podendo requerer, inclusive, o afastamento do

profissional de suas atribuições como Perito Oficial da Vara, bem como requerer nova perícia por outro profissional devidamente habilitado para tal fim.

Macedo enfatiza que em muitos casos, designam-se perícias em especialidades diferentes daquelas requeridas ou das patologias que acometem a parte autora⁶. No mesmo passo, há casos em que a parte sofre de múltiplas patologias e o perito é especialista em apenas uma daquelas. Assim, a impugnação com pedido de nova perícia pode se basear no inc. I do art. 468 do CPC⁵.

Nesses termos, quando a matéria não parecer suficientemente esclarecida, deve-se requerer a realização de uma nova perícia. Isso provoca elevada demanda na Justiça.

A demanda por perícias médicas na esfera judicial específica, cujo crescimento é exponencial, fomentou a atuação de um corpo particularizado de médicos peritos que vem se dedicando de forma mais constante ao atendimento específico, atuando inclusive nas dependências da própria Justiça Federal.

Na explicação de Savaris citado por Trezub e Patsis⁸, as principais razões para esta incessante elevação da demanda específica seriam: reduzido número de peritos no INSS; falta de estrutura administrativa para que os peritos do INSS alcancem pareceres mais seguros e

adequados; pouco tempo disponibilizado para a realização das perícias no INSS; constantes reclamações quanto aos serviços de perícia médica do INSS; condutas oportunistas (pessoas que buscam compensação, pelo benefício, para problemas de ordem geral, tais como idade avançada, problemas relacionados ao mercado de trabalho, ou até mesmo ganho secundário visando a aumento de renda).

Na visão do autor, a deficiência no próprio aparelho do INSS e as ações oportunistas e criminosas são as principais causas da alta demanda por perícia médica judicial.

O perito médico judicial, por dispor de bagagem técnica, é indicado para levar ao juiz dados que vão garantir, como se espera, justiça social.

O especialista previdenciário Alan da Costa Macedo explicita que⁵:

Quando a solução de um fato controverso depende de determinado conhecimento técnico ou científico e o juiz não tenha se convencido com as provas pré-constituídas, normalmente, o juiz nomeia 1 perito judicial a fim de auxiliá-lo a descobrir com qual das partes está a razão.

Os detentores do conhecimento médico (perito e assistentes) têm um papel essencial, especialmente porque participam do diálogo entre as partes e do convencimento do juiz com informações que, geralmente, os protagonistas do processo (partes e Juiz) não têm.

Por conseguinte, o perito médico é um auxiliar da justiça, enquanto o assistente técnico é de confiança da parte envolvida no processo, sendo indicado e pago

diretamente por ela. É preciso pormenorizar o papel do perito e do assistente.

O perito médico auxilia o juiz quando este necessita de amparo técnico competente para tomar uma decisão justa.

Gouveia⁶ corrobora o informe supracitado de que, quando a prova do fato depender de conhecimento técnico ou científico, o juiz será assistido por perito.

De certo, o juiz se referencia na formação técnica e médica do perito, razão pela qual os argumentos não podem pôr em dúvida a conclusão pericial.

Já o assistente técnico é conhecido como perito da parte. Muitos pensam que ele, por estar do lado da parte, não deveria ter peso algum. Mas o perito da parte é essencial, pois ele pode levar à desqualificação do laudo pericial contrário, com técnicas e argumentos consistentes, Gouveia⁶.

Nesse ínterim, Macedo⁵ argumenta que o INSS atua com toda a força para "economizar". Os peritos do seu quadro são nomeados assistentes técnicos em processos judiciais, já sabendo que o segurado hipossuficiente não tem condições de contratar um.

Ademais, as perícias médicas nos benefícios por incapacidade estão no centro de debates, inclusive há

controvérsias sobre o bônus por perícia médica.

O Bônus de Desempenho Institucional por Perícia Médica em Benefícios por Incapacidade (BPMBI) está disposto na Lei nº 13.846, de 18 de junho de 2019, em seu inciso II do art. 2º.⁹

A proposta do programa é permitir ao INSS acelerar a revisão de benefícios por incapacidade e reavaliação extraordinária, convencionalmente chamada "Lei de Combate às Fraudes Previdenciárias, ou Operação Pente-fino".

Tal criação criou polêmica entre doutrinadores. Macedo⁵ lança os seguintes questionamentos:

Como é possível justificar a criação de uma vantagem remuneratória para o exercício de uma atividade já que tem a devida remuneração e gratificação pertinente? Se as agências da Previdência Social já ultrapassaram, em muito, o prazo legal para concessão de benefício por incapacidade devido à falta de estrutura (servidores e equipamentos), bem como a deficiência no quadro de médicos peritos, como conceber que o perito do seu quadro funcional conseguirá manter a rotina outrora imposta e ainda trabalhar em período extra para a percepção da referida gratificação? Quisesse, de fato, estipular metas para acelerar o prazo de revisão dos benefícios por incapacidade, estipular pagamento de horas extras e não a criação de um bônus por perícia realizada.

As questões de Macedo⁵ aclaram que o Governo até o momento não conseguiu estruturar o sistema da seguridade social, seja por serviço especializado, seja por tecnologia. Daí surgem muitas polêmicas na perícia médica e em torno desta.

AS POLÊMICAS QUE ENVOLVEM A PERÍCIA MÉDICA NOS BENEFÍCIOS POR INCAPACIDADE NA PREVIDÊNCIA SOCIAL.

A realização desta pesquisa bibliográfica acendeu o entendimento sobre polêmicas significativas à vida humana, visto que conflitos previdenciários podem causar injustiças e danos à sociedade. Em busca de um panorama satisfatório, doutrinadores contribuem com suas opiniões.

Os dados para elaboração deste trabalho foram coletados da *internet* e de livros especializados em benefícios previdenciários por incapacidade e em perícias médicas, com edição entre os anos de 2017 e 2019. Autores renomados e informações, de certa forma, mais recentes.

O objetivo geral teve o desígnio de entender o porquê de a perícia médica causar tanta polêmica nos benefícios por incapacidade na Previdência Social. Ao nortear a pesquisa, foram definidos três objetivos específicos, que são: demonstrar os benefícios previdenciários por incapacidade e o INSS; descrever a atividade da perícia médica; e relacionar elementos polêmicos que envolvem a perícia médica nos benefícios por incapacidade.

Na primeira seção descobriu-se que no ano de 2020 o INSS pôde sofrer um

rombo de R\$ 237,9 bilhões⁴. Deu-se a entender que o vínculo do INSS ao Ministério da Economia, dentre outras medidas, foi uma das possíveis estratégias do Governo Federal para amenizar as polêmicas despesas previdenciárias.

Nesse contexto de déficit econômico, as polêmicas na perícia médica nos benefícios por incapacidade vão ficar cada vez mais acirradas, justo que a maior parte das perícias realizadas na Justiça Federal ocorre no auxílio-doença, no auxílio-acidente e na aposentadoria por invalidez.

A segunda seção foi focada nas polêmicas em torno da perícia médica. Sobre o ato pericial, a doutrinadora Juliana Ribeiro¹ acentua que o INSS aperta as regras de concessão de benefícios para evitar fraudes, e que problemas ocorrem na técnica pericial, na falta de especialização, no tempo de atendimento e nas localidades sem perito médico.

À perícia médica Carlos Gouveia⁶ acrescenta que não basta examinar bem e nem chegar a uma conclusão correta, é preciso registrar, com clareza e exatidão, para evitar controvérsias.

O especialista Leonardo Biscaia adiciona que ocorre erro médico pericial quando há negligência, imperícia ou

imprudência. Diante disso, o perito médico pode ser substituído⁷.

Alan Macedo⁵, por sua vez, alude que é visível o "erro" ou a "falta de atenção" de alguns peritos médicos judiciais. Há casos de múltiplas patologias e o perito é especialista em apenas uma. Daí a necessidade de se impugnar o laudo pericial.

Na explicação de Savaris, citado por Trezub e Patsis⁸, o litígio no INSS tem como causa a falta de estrutura, escassez de peritos, pouco tempo disponibilizado ao periciando e condutas oportunistas.

O Governo Federal realiza operações contra fraudes perpetradas por peritos médicos judiciais, advogados e intermediários.

Carlos Gouveia acentua que o perito da parte é elemento essencial para desqualificar o laudo pericial contrário⁶.

Contudo, Macedo⁵ comenta que o INSS sabe que o segurado hipossuficiente não tem condições de contratar um perito.

Macedo⁵ complementa, há denúncias de segurado que, quem acaba "dando as cartas" sobre o resultado da perícia é o próprio assistente do INSS, porque atua "ao pé do ouvido" do perito judicial. Nesse panorama de contestações, surge o Bônus de Desempenho Institucional por Perícia Médica em Benefícios por Incapacidade (BPMBI), atraindo polêmicas.

Questiona por que os recursos financeiros não foram direcionados para a estrutura do corpo de servidores e equipamentos⁵. Visando a melhor entendimento sobre as opiniões dos especialistas em Direito Previdenciário, de sites e do Governo Federal, foi elaborado o quadro 1.

Quadro 1: Possíveis elementos que geram polêmicas nas perícias médicas.

Possíveis elementos que geram polêmicas nas perícias médicas	Especialistas e entidades que corroboram
Rombo previdenciário - perpetrado por peritos médicos judiciais, advogados e intermediários.	Site Exame Economia ⁴ .
Condutas oportunistas - ganhos pessoais.	Savaris, citado por Trezub e Patsis ⁸ .
INSS - aberta as concessões por fraudes.	Juliana Ribeiro ¹ .
INSS - falta de estrutura geral.	Savaris, conforme Trezub e Patsis ⁸ .
INSS - escassez de peritos.	Savaris, segundo Trezub e Patsis ⁸ .
Perícia médica - a perícia não é técnica e nem concede o benefício que deveria ser concedido.	Juliana Ribeiro ¹ .
Perícia médica - falta especialização nos casos de múltiplas patologias.	Alan Macedo ⁵ . Juliana Ribeiro ¹ .
Perícia médica - tempo de atendimento insuficiente para fazer diagnóstico.	Juliana Ribeiro ¹ . Savaris, citado por Trezub e Patsis ⁸ .
Perícia médica - afeta localidades distantes.	Juliana Ribeiro ¹ .
Perícia médica - falta clareza e exatidão.	Carlos Gouveia ⁶ .
Perícia médica - ocorre negligência, imperícia ou imprudência nos atos periciais.	Leonardo Biscaia ⁷ . Alan Macedo ⁵ .
Segurado na justiça - hipossuficiente não tem condições de ter perito da parte.	Carlos Gouveia ⁶ . Alan Macedo ⁵ .

Bônus por perícia - ou seria melhor investir no INSS, na estrutura de servidores e tecnologia.	Alan Macedo ⁵ .
---	----------------------------

De acordo com o quadro acima, as opiniões dos especialistas em Direito Previdenciário apontam polêmicas na atividade médica, ou seja, na própria perícia médica e, em torno desta, na autarquia do INSS do Governo Federal, como também nas condutas oportunistas que provocam rombos previdenciários.

Esses dados confirmam a hipótese deste estudo, que teve como pressuposto que polêmicas estão focadas na perícia médica pelo fato de ser fator decisório à concessão ou não a benefícios. No entanto, a perícia médica recebe influências da autarquia previdenciária, do segurado e de fatores socioeconômicos, entre outros. Embora a hipótese seja válida, o estudo revelou detalhes complexos nos procedimentos da perícia médica frente ao sistema previdenciário e, sobretudo, na situação singular de cada periciando.

Existem segurados que moram em localidades distantes da cidade, diz Ribeiro¹. Acrescenta Macedo⁵ que falta especialização nos casos de múltiplas patologias. Agrava mais ainda quando se agregam patologias físicas e psicológicas. Savaris citado por Trezub e Patsis⁸, alerta para as condutas oportunistas, abonado pelos dados do Ministério da Economia

embasado no Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias (PLDO).

Quanto às ações governamentais, questiona a deficiência do Sistema Previdenciário⁸. Nessa mesma linha, Alan Macedo cogita o Bônus Pericial, diz que se deveria investir em profissionais e tecnologia⁵.

Afinal, por que a perícia médica causa tanta polêmica nos benefícios por incapacidade na Previdência Social?

A resposta à pergunta da pesquisa é: porque o perito médico pode causar danos ao erário público e cometer injustiça social, favorecer a quem não tem direito ou prejudicar o merecedor, já que, a perícia médica é responsável pela emissão de laudos decisórios à concessão, ou não, de benefícios previdenciários. Daí surgem as polêmicas no âmbito das perícias médicas, vindas do próprio corpo médico pericial, da hierarquia do INSS/Governo, do periciado insatisfeito e de especialistas previdenciários.

Os segurados, segundo Ribeiro¹, acham-se injustiçados porque a perícia não é técnica, e muitas vezes o perito não concede o benefício que deveria ser concedido. No entanto, concede a quem não tem direito.

Pela lupa do INSS e do Governo, há a necessidade de afunilar as concessões por motivo de fraudes milionárias; uma das medidas é apertar o cerco na perícia médica. Vê-se isso nos "Bônus por Perícia" e na "Operação Pente Fino". Além disso, o governo foca, ou deveria dar mais atenção, nas transformações socioeconômicas que geram impacto, diretos e/ou indiretos, nas polêmicas em torno da perícia médica nos benefícios por incapacidade.

Na perspectiva do especialista em Ciências da Saúde e Direito Previdenciário Alan Macedo⁵, a negligência, a imperícia ou a imprudência são evidentes na perícia médica. Inclusive nos casos de múltiplas patologias, falta especialização aos peritos médicos. Já o doutor em Direito da Seguridade Social, Savaris, citado por Trezub e Patsis, aponta falhas na estrutura geral do INSS⁸.

As polêmicas deste estudo carecem de possíveis soluções.

Nessa teia de contendas, as discussões na perícia médica, as insatisfações dos cidadãos, os desencontros no INSS e as fraudes milionárias são elementos que demandam a atenção especial do Governo Federal, que deve estar em harmonia com o Legislativo e Judiciário para estabelecer a "ordem e progresso".

A proposição é que a união dos três poderes, a moralidade, o querer resolver e a formação de um corpo de especialistas sejam o primeiro passo, a base sólida para constituir o Estado Democrático de Direito. Assim, amenizar as polêmicas nas perícias médicas nos benefícios por incapacidade na Previdência Social.

CONCLUSÃO

As perícias médicas têm sido alvo de grandes discussões nos benefícios por incapacidade. Nisso, surge o tema: Perícias médicas nas polêmicas que envolvem os benefícios por incapacidade na Previdência Social, cujo objetivo geral foi atingido. Houve o entendimento das causas que envolvem as polêmicas nos benefícios por incapacidade na Previdência Social. Já os três objetivos específicos foram de grande contribuição para a visualização global do processo. Foram eles: demonstrar, descrever e relacionar.

Demonstrar os benefícios previdenciários por incapacidade e o INSS facilitou o entendimento de fatores além do campo médico pericial. Esses dados revelaram que a ação pericial fica entre as exigências administrativas, legislativas, médicas e sociais. Descrever a atividade da perícia médica foi de grande ajuda para detalhar os procedimentos e processos nos benefícios previdenciários. Os

doutrinadores delinearam situações que podem subsidiar outros projetos para possíveis soluções no âmbito dos benefícios por incapacidade.

Relacionar elementos polêmicos que envolvem a perícia médica nos benefícios por incapacidade, sob a ótica de estudiosos, viabilizou a compreensão dos fatores que contribuem, em níveis diferentes, para polêmicas geradas em torno das perícias médicas nos benefícios por incapacidade.

Quanto às hipóteses, as possibilidades propostas foram confirmadas e resultaram satisfatórias. Contudo, vale ressaltar que, constantemente, os jornais televisivos noticiam os problemas nessa seara, o que, embora notícias despedaçadas, ajudaram na construção da linha de raciocínio deste estudo. Enfim, as conjecturas nortearam a pesquisa até a provável resposta ao problema.

O problema deste estudo era entender o porquê de a perícia médica causar tanta polêmica nos benefícios por incapacidade na Previdência Social.

A resposta à pergunta da pesquisa foi, de certa forma, coerente e esclarecedora. Fez entender que a polêmica está centrada na perícia médica, visto que o perito médico detém, similar ao juiz, o poder de conceder ou não benefícios. Além disso, a perícia médica é alvo de associação criminosa, ponto de discórdia

de periciados insatisfeitos e é considerado uma fissura no sistema que pode causar danos ao erário público, sob a ótica do Governo.

Para chegar ao resultado a pesquisa realizada em livros e em sites afins trouxe conhecimentos importantes para a estruturação textual deste estudo. Todavia, houve dificuldade em encontrar artigos e mais livros especializados em perícias médicas nos benefícios por incapacidade. Dado que, a área pericial é extensa e complexa.

Nesse labor, algumas questões surgiram durante a pesquisa, as quais são. Por que os especialistas renomados não se unem para resolver problemas polêmicos na Previdência sob a égide do Governo? Será que quatro anos de mandato é pouco tempo para o Executivo estruturar a Previdência, visto que cada gestão tem uma visão diferente? Qual país é exemplo de eficiência em previdência social, e se o Brasil pode se ajustar a esse modelo?

Defronte a isso, recomenda-se a continuidade da pesquisa sobre as perícias médicas nas polêmicas que envolvem os benefícios por incapacidade, sob um novo olhar, diante de contextos diferentes e em face da crise causada pela pandemia do Coronavírus.

REFERÊNCIAS

1. RIBEIRO, Juliana de Oliveira Xavier. **Direito Previdenciário em Esquemas**. 4ª ed. São Paulo: Koogan, 2018. p. 515-516.
2. GOVERNO FEDERAL. **Operação investiga fraudes em benefícios por incapacidade**. Disponível em: <https://www.gov.br/economia/pt-br/assuntos/noticias/2020/previdencia/julho/operacao-investiga-fraudes-em-beneficios-por-incapacidade>. Acesso em: 26 ago. 2020.
3. BRASIL. **Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília-DF, 24 de julho de 1991. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm. Acesso em: 01 set. 2020.
4. EXAME - ECONOMIA. **Governo prevê que déficit do INSS chegue a R\$ 237,9 bi em 2020**. Disponível em: <https://exame.com/economia/governo-preve-que-deficit-da-previdencia-chegue-a-r-2379-bi-em-2020/>. Acesso em: 26 ago. 2020.
5. MACEDO, Alan da Costa. **Benefícios previdenciários por incapacidade e perícias médicas: teoria e prática**. 2ª. ed. Curitiba: Juruá, 2017. p. 22-218.
6. GOUVEIA, Carlos Alberto Vieira de. **Benefício por incapacidade e perícia médica: manual prático**. 3ª ed. Curitiba: Juruá, 2018. p. 232-251.
7. BISCAIA, Leonardo. **Perícia Médica - consulta rápida**. 1ª. ed. Rio de Janeiro: koogan, 2017. p. 2-118.
8. TREZUB, Cláudio José; PATSIS, Keti Stylianos. **Perícia médica previdenciária: Benefícios por incapacidade**. 2ª ed. rev. atual. e ampl. Salvador: Editora JusPodvim, 2019. p. 28-516.
9. BRASIL. **Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015. Dispõe sobre Prova Pericial**. Diário Oficial da União, Brasília-DF, 16 de março de 2015. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13105.htm. Acesso em: 01 set. 2020.

PRESBIACUSIA E O IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS

PRESBIACUSIA AND THE IMPACT ON QUALITY OF LIFE IN ELDERLY

Ana Beatriz de Barros Silva^{1*}; Rebecca Heidrich Thoen Ribeiro²

4. Acadêmico(s) do curso de Medicina. Centro Universitário Uninorte, AC, Brasil.

2. Professora do curso de Medicina. Centro Universitário Uninorte, AC, Brasil.

*Autor correspondente: abeatrizbs711@gmail.com

RESUMO

Introdução: A presbiacusia é a perda auditiva associada ao envelhecimento, que se dá pela degradação da funcionalidade das estruturas auditivas. **Objetivo:** Apresentar o que a literatura esclarece sobre a qualidade de vida do idoso que tem presbiacusia. **Método:** Estudo de revisão sistemática da literatura, tendo como base de dados a biblioteca SCIELO. **Resultados e Discussão:** As dez pesquisas abordadas apontaram para a importante influência da presbiacusia na qualidade de vida do indivíduo idoso, sendo que algumas concordaram sobre o AASI ser a solução para a melhoria da qualidade de vida; outra já observou alguns fatores que acompanham o indivíduo presbiacúsico, que não seriam solucionados apenas com o uso do aparelho de amplificação sonora. **Conclusão:** A perda auditiva é um aspecto muito significativo no que diz respeito à qualidade de vida, razão por que, é de grande relevância a identificação precoce desta patologia pra que os meios de intervenção sejam eficientes.

Palavras-chave: Presbiacusia. Qualidade de vida.

ABSTRACT

Introduction: Presbycusis is the hearing loss associated with aging, which occurs due to the functionality degradation of the auditory structures. **Objective:** To present what the literature's clarification regarding the quality of life of the elderly with presbycusis. **Method:** A systematic literature review study, based on SCIELO. **Results and Discussion:** The ten addressed researches pointed to an important impact of presbycusis on the quality of life of the elderly individual, where some agreed that the hearing aid is the solution to improve the quality of life, other has already observed some factors that accompany the presbycusis individual, which couldn't be solved exclusively with the usage of the sound amplification device. **Conclusion:** Hearing loss is a very significant aspect regarding the quality of life, which is why the early identification of this pathology is of utmost relevance to the effectiveness of the means of intervention.

Keywords: Presbycusis. Life quality.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional tem sido tema de diversos debates sociais atualmente. Isso se dá devido à modificação no perfil demográfico populacional decorrente da redução das taxas de mortalidade e de natalidade com aumento da expectativa de vida¹. Assim, a qualidade de vida do indivíduo idoso merece maior atenção nos estudos a serem realizados.

Ao envelhecer, o indivíduo tende a ter modificações funcionais e estruturais, pois a senescência traz impacto para todos os sistemas sensoriais, como exemplo disso temos o detrimento auditivo, sendo este chamado de presbiacusia^{2, 3}. A presbiacusia é uma condição que pode acompanhar o idoso, sendo uma alteração da acuidade auditiva caracterizada pela perda da mesma, que é de caráter neurossensorial, simétrico e bilateral, com elevado comprometimento das altas frequências. Além disso, tal condição leva o idoso a desenvolver dificuldade na comunicação, por muitas vezes não compreender o que está sendo dito pelo locutor, principalmente em ambientes ruidosos^{4, 5}.

Sendo a audição um canal sensorial de maior relevância para a comunicação, com sua perda, o idoso pode desenvolver um desequilíbrio emocional e social tentando se adaptar a tal condição em

meio à sociedade, visto que este sofreu impacto no reconhecimento da fala, o que dificulta relações sociais e diálogos, levando ao estresse, frustração e isolamento do indivíduo^{6, 7, 8}.

Para que seja diagnosticada a perda auditiva, é preciso avaliar a sensibilidade e a qualidade do processamento à informação auditiva periférica, que se dá através da audiometria tonal e da logaudiometria. Porém, a audiometria tonal liminar é o exame padrão ouro para a avaliação da audição⁹. Além disso, para que seja realizada a triagem da acuidade auditiva no idoso, o Ministério da Saúde recomenda que se faça inicialmente a utilização do teste do sussurro⁴.

A presbiacusia é tida como uma das limitações mais frustrantes para o idoso, visto a grande influência que tem na qualidade de vida por interferir negativamente nas relações sociais². Este fator aumenta a probabilidade de sequelas biopsicossociais, levando o indivíduo ao isolamento social, à autodesvalorização e depressão. E, ainda, essa redução da acuidade auditiva pode levar ao declínio cognitivo de forma rápida, e isso se dá devido às limitações que o indivíduo com tal condição apresenta^{10, 11}.

Dessa forma, este artigo tem por objetivo apresentar as consequências da presbiacusia, principalmente no que se

refere ao impacto dela na qualidade de vida em idosos, tendo em vista que alterações biológicas, psicológicas e sociais são marcantes nestes indivíduos. Assim, todos os trabalhos estudados avaliaram pessoas com 60 anos ou mais.

MATERIAL E MÉTODO

O presente artigo se constitui num estudo de revisão de literatura sistemática, de natureza básica e de abordagem qualitativa.

Este trabalho tem como base os dados da biblioteca *Scientific Electronic Library Online (SCIELO)*, e o descritor utilizado foi “presbiacusia”. O critério de exclusão foi: retirar os artigos com publicação anterior ao ano de 2010 e os que discutiam especificamente sobre a funcionalidade do AASI.

Os dados coletados nos artigos encontrados na biblioteca *SCIELO* tiveram como objetivo responder à pergunta norteadora da pesquisa “O que a literatura esclarece sobre o impacto na qualidade de vida dos idosos presbiacúsicos?”. Tais dados foram colocados em uma tabela e organizados visando a abordagem qualitativa mediante ordem de prevalência dos fatores nos dias atuais.

Então, na base de dados utilizada foi encontrado um total de 65 artigos, que, após a leitura dos seus títulos, observou-

se que 53 não alcançavam o objetivo do estudo, por não englobarem o assunto qualidade de vida. Dessa forma, foram selecionados 12 artigos para leitura do resumo e excluídos 2 que não continham informações que respondessem à questão norteadora. Assim, após a leitura dos resumos, foram selecionados 10 artigos para comporem o estudo proposto, usando como critério de inclusão: apresentar informações que respondam à pergunta norteadora, se referir à perda auditiva em pessoas com mais de 60 anos de idade e abordar o assunto “qualidade de vida”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Muitas pesquisas citam como maior benefício para o presbiacúsico, o uso de próteses auditivas, sendo um dos motivos a melhoria nas relações interpessoais, inclusive, quanto menor a restrição de participação desse indivíduo, maior a percepção dos benefícios do AASI pelo usuário^{12, 13, 14}.

No que diz respeito ao uso do AASI, a melhora sonora e a evolução tecnológica têm influenciado no aumento do nível de satisfação por parte dos usuários. Lembrando que o processo de adaptação e reabilitação do indivíduo em uso de prótese é essencial, pois possibilita melhor aproveitamento da função auditiva. Um fator interessante a ser

observado é que os portadores de presbiacusia mostram ótimo desempenho com a leitura orofacial^{15,16, 17}.

A acuidade auditiva pode estar alterada tanto em idoso com ou sem queixas e a perda dessa função é um processo degenerativo que pode ser potencializado. Devido a isso, indica-se que a adaptação do AASI seja feita o mais breve possível, diminuindo as chances de agravamento. Este pode ser influenciado pelas condições de saúde, nível de

sociabilidade e capacidade de adaptação^{18, 19, 20}.

Entre os estudos selecionados, obtivemos poucas contradições de ideias e uma concordância comum a respeito da importante influência das consequências da não compreensão da fala, na qualidade de vida dos idosos. As informações dos artigos selecionados a respeito da qualidade de vida de idosos presbiacúsicos, que se encaixaram nos critérios de inclusão, estão expostas no quadro 1.

Quadro 1: Síntese dos estudos selecionados.

Autor/Ano	Título	Objetivo principal	Conclusão
RIBAS, 2014 ²¹ .	Qualidade de vida: comparando resultados em idoso com e sem presbiacusia.	Avaliar a qualidade de vida de um grupo de idosos presbiacúsicos através dos escores do WHOQOL-bref.	Em ambos os grupos, a idade se mostra como um fator de limitações importantes no que se refere a qualidade de vida. O grupo com presbiacusia, apesar da melhora quanto à percepção auditiva, afirma que a qualidade de vida depende também de outros fatores que não têm relação com a perda auditiva.
GUARISCO, 2017 ²² .	Percepção da perda auditiva: utilização da escala subjetiva de faces para triagem auditiva em idosos.	Avaliar a correlação entre a escala subjetiva de faces com os limiares auditivos e com o índice percentual de reconhecimento de fala.	Conclui-se que a escala subjetiva de faces se mostrou condizente com a realidade auditiva dos pacientes e apresentou influência na dificuldade de reconhecer a fala. Assim, observou-se que o impacto da perda auditiva é diretamente influenciado por sua amplitude.
CORREIA, 2015 ²³ .	Presbiacusia: impacto social.	Apreciar o impacto emocional na qualidade de vida dos doentes seguidos no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC).	Cerca de dois terços dos indivíduos acompanhados no CHUC apresentaram repercussões emocionais na sua qualidade de vida, sendo que o sexo feminino e idosos com mais de 75 anos relatam maior impacto no que diz respeito a aspectos emocionais.
CARNIEL, 2015 ²⁴ .	Implicações do uso do aparelho de amplificação sonora individual na	Avaliar, por meio de questionários padronizados, a qualidade de vida de idosos com deficiência auditiva diagnosticada que utilizam ou	A perda auditiva afeta a qualidade de vida do idoso. O uso efetivo da prótese auditiva é benéfico a esta população, melhorando suas condições de vida e saúde.

	qualidade de vida de idosos.	não a prótese auditiva (AASI) e de idosos sem queixa auditiva.	
MONDELLI e SOUZA, 2012 ²⁵ .	Qualidade de vida em idosos antes e após a adaptação do AASI.	Verificar por meio do instrumento WHOQOL (World Health Organization of Life Questionnaire), a qualidade de vida do indivíduo deficiente auditivo antes e após a adaptação do aparelho de amplificação sonora individual (AASI).	O uso do AASI favoreceu a qualidade de vida geral dos indivíduos avaliados.
QUINTERO, 2002 ²⁶ .	Avaliação do processamento auditivo de indivíduos idoso com e sem presbiacusia por meio do Teste de Reconhecimento de Dissílabos em Tarefa Dicótica – SSW.	Avaliar e comparar o desempenho auditivo de indivíduos idosos com audição normal e com PANS características de presbiacusia, por meio do Teste de Reconhecimento de Dissílabos em Tarefa Dicótica – SSW.	Constatou-se que a PANS não pode ser considerada como fator determinante, mas sim como um agravante na dificuldade de inteligibilidade de fala do indivíduo idoso.
DUARTE, 2014 ²⁷ .	Relação entre a queixa auditiva e os achados audiológicos de um grupo de idosos ativos.	Investigar a presença de queixa auditiva em um grupo de idosos ativos e verificar a possível relação entre a autopercepção da condição de escuta e os achados audiológicos.	Houve presença de queixa auditiva em todas as questões e foi verificada relação entre a autopercepção da condição de escuta e os resultados da avaliação audiológica.
LESSA, 2016 ²⁸ .	Influência da cognição em habilidades auditivas de idosos pré e pós-adaptação de próteses auditivas.	Verificar a relação dos resultados de testes que avaliam habilidades auditivas com o desempenho cognitivo, além de verificar a sua influência na adaptação de próteses auditivas em população idosa.	O desempenho nas habilidades de ordenação e resolução temporal auditiva dos idosos, foi proporcional ao desempenho em alguns testes cognitivos. Ao analisar a diferença de desempenho nas habilidades auditivas antes e três meses depois da adaptação de próteses auditivas, observou-se melhora acentuada nos que tinham pior desempenho cognitivo, demonstrando a possibilidade de estimulação da plasticidade neural.
BRUCKMANN e PINHEIRO, 2016 ²⁹ .	Efeitos da perda auditiva e da cognição no reconhecimento de sentenças.	Avaliar os efeitos da perda auditiva e da cognição no reconhecimento de sentenças em idosos.	A perda auditiva de grau leve exerceu influência no reconhecimento de sentenças no silêncio e no ruído. Já os aspectos cognitivos não interferiram no reconhecimento de fala tanto no silêncio quanto no ruído.
ROCHA e MARTINELLI, 2020 ³⁰ .	Cognição e benefício obtido com o uso de próteses auditivas: um estudo em idosos.	Verificar o efeito da cognição no benefício obtido com o uso de próteses auditivas e na qualidade de vida de idosos com perda auditiva.	Houve melhora da qualidade de vida após três meses de uso de amplificação. Não houve efeito da cognição no benefício obtido com o uso de próteses auditivas.

Os estudos selecionados possibilitaram a análise da qualidade de vida de idosos com presbiacusia fazendo ou não o uso do Aparelho de Amplificação Sonora Individual, todos os dez estudos tiveram a participação de homens e mulheres com 60 anos ou mais, sendo que em 5 estudos houve maior participação do sexo feminino.

O relato mais comumente identificado foi da significativa consequência da dificuldade de compreensão da fala, que afirmam ser a principal causadora do distanciamento social, visto que o volume aumentado da televisão e o fato de não entender na primeira vez o que estar sendo dito pelo outro, são fatores que incomodam quem está por perto e constrange o indivíduo presbiacúsico.

O questionário a respeito da qualidade de vida, WHOQOL, foi utilizado na versão breve por Ribas²¹, Carniel²⁴ e Mondelli²⁵. Porém, cada um teve uma abordagem a respeito do assunto estudado. Ribas²¹, apesar de concordar que o uso do AASI poderia melhorar a qualidade de vida, observou que muitos presbiacúsicos não o usavam devido ao estigma de deficiência auditiva como algo negativo, uma questão da autoimagem. Carniel²⁴ alegou que a dificuldade de compreensão da fala afeta até mesmo a relação com os próprios familiares, e ainda alerta que a presbiacusia pode aumentar a prevalência

de demência nos idosos. Mondelli e Souza²⁵ ressaltaram que há melhora na qualidade de vida em indivíduos que fazem uso do AASI, porém com relação a sentimentos negativos como depressão, não houve diferença, o que mostra que a presbiacusia não é o único motivo de sentimentos negativos nos idosos. Foi observado que a pesquisa apresenta limitação, porquanto os resultados foram obtidos com um estudo de apenas 30 pessoas, podendo gerar dúvidas quanto a sua fidedignidade²⁵.

No que se refere aos métodos de pesquisa, tanto os autores que utilizaram os questionários de avaliação de qualidade de vida, quanto quem usou a escala de faces, afirmaram ter percebido verdadeira coerência entre os resultados dos estudos com o resultado dos exames, dando credibilidade ao autorrelato dos pacientes. Guarisco²² notou ainda que quanto maior a magnitude da perda auditiva, maiores os prejuízos de comunicação para o indivíduo e, por consequência, o prejuízo na qualidade de vida.

Em seu trabalho, Duarte²⁷ relata que a dificuldade de compreensão da fala não está associada apenas à perda auditiva, mas também à diminuição da habilidade cognitiva relacionada à idade, citando como exemplo a memória de trabalho, atenção seletiva e a velocidade de

processamento da informação. Este fato é mencionado por Lessa²⁸, quando conclui que a habilidade cognitiva tem grande influência na qualidade de vida do indivíduo no que se refere à adaptação com a prótese auditiva, pois afirma que quanto melhor o desempenho cognitivo, melhor a adaptação.

Porém essa compreensão citada acima é discordada por Correia e Paiva²³, os quais afirmam que a escolaridade e o gênero não influenciam no impacto social do indivíduo com presbiacusia. Por outro lado, o sexo feminino tem maior impacto emocional frente à comorbidade, quando comparado ao sexo masculino²³. Afirmação essa que o torna um pouco contraditório quando se analisa que o impacto emocional tem consequências diretamente relacionadas às relações sociais. O estudo de Correia e Paiva²³ é insuficiente no que diz respeito ao método, pois este se encontra carecido de dados e detalhes, sendo isso um viés a ser observado.

Uma observação feita no estudo de Quintero²⁶, que se espelha em todos os demais estudos citados nessa revisão de literatura, é que a autodesvalorização e o menosprezo que sofre o idoso com presbiacusia são fatores que aumentam a dificuldade de comunicação e prejudicam a qualidade de vida. Isso ocorre devido ao estado depressivo do indivíduo que faz

com que ele mesmo se isole cada vez mais do convívio social e realize cada vez menos atividades que lhe proporcionem prazer e ânimo.

Bruckmann e Pinheiro²⁹ evidenciam a cognição como um fator que sofre mudanças mediante o processo de envelhecimento, pois com a diminuição da cognição, conseqüentemente há comprometimento da atenção e da memória. Em pesquisa perceberam que os aspectos cognitivos não interferiram no reconhecimento de fala, seja no ambiente silencioso, seja com presença de ruído. Rocha e Martinelli³⁰, observaram que após três meses de uso do AASI houve melhora da qualidade de vida, mas a respeito da relação entre os aspectos cognitivos e a presbiacusia, eles concluíram que não teve ligação entre o efeito da cognição no benefício obtido com o uso do AASI.

CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse.

CONCLUSÃO

Esta revisão de literatura mostrou que a perda auditiva tem relevante impacto na qualidade de vida do idoso, especificando que a idade é um importante fator para o agravamento deste impacto. Além disso, por meio desta revisão é possível concluir que quanto mais precoce a identificação

da presbiacusia, melhores são os resultados das intervenções que podem ser feitas, para minimizar o impacto na qualidade de vida.

Além da identificação precoce dessa condição, vale salientar que o apoio e a compreensão dos familiares com o indivíduo presbiacúsico é de grande significado para solucionar a degradação da qualidade de vida do idoso. Repetir as frases quantas vezes necessárias em tom audível, permitir o volume da televisão no volume em que o idoso consiga escutar, buscar meios de distração, são medidas que as pessoas do convívio podem proporcionar ao presbiacúsico.

O estudo apresentou ainda, uma divergência de ideias sobre o uso de prótese auditiva ser efetivo para completo melhoramento da qualidade de vida, levando em consideração as consequências causadas pela perda auditiva. Visto isso, observa-se a importância do empenho da comunidade científica neste tema, de forma a encontrar respostas e soluções a tais consequências.

REFERÊNCIAS

1. GIACOMIN, K.C. e FIRMO, J.O.A. **Old age, disability and care in public health.** Ciência Saúde Coletiva, 2015.
2. COSTA, A.L.P.A e ZIMMER, M.C. **Desempenho de idosos com presbiacusia em tarefas de controle inibitório.** Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, 2012.
3. BORGES, RESENDE *et al.* **Função auditiva, percepção da incapacidade e cognição em idosos: uma relação a elucidar.** Revista CoDAS, 2021.
4. LABANCA, GUIMARÃES *et al.* **Triagem auditiva em idosos: avaliação de acurácia e reprodutibilidade do teste do sussurro,** 2016.
5. CHISOLM, WILLOTT *et al.* The aging auditory system: anatomic and physiologic changes and implications for rehabilitation. *Int J Audiol.* 2003.
6. DANIELI, CASTIQUINI *et al.* **Avaliação do nível de satisfação de usuários de aparelhos de amplificação sonora individuais dispensados pelo Sistema Único de Saúde.** Revista Sociedade Brasileira Fonoaudiologia, 2011.
7. ANDERSON, WHITE-SCHWOCH *et al.* **Reversal of age-related neural timing delays with training.** PNAS. 2013.
8. GRESELE e COSTA. **Compressão de frequências e reconhecimento de fala em idosos.** *Audiology Communication Research,* 2014.
9. ENGD AHL, KROG *et al.* **Occupation and the risk of bothersome tinnitus: results from a prospective cohort study (HUNT).** *BMJ Open.* 2012.
10. MICK, REED *et al.* **Hearing, cognition, and healthy aging: social and public health implications of the links between age-related declines in hearing and cognition.** *Semin Hear,* 2015.

11. LACERDA e SILVA *et al.* **Efeito da adaptação as próteses auditivas na qualidade de vida, no equilíbrio e no medo de queda em idosos com perda neurossensorial.** International Archives of otorhinolaryngology, 2021.
12. DIAS, SOUZA *et al.* **Adaptação de próteses auditivas em idosos: prescrição de ganho acústico por meio dos limiares de audibilidade obtidos com tom puro e narrow band.** Revista CoDAS, 2021.
13. DAWES, CRUICKSHANKS *et al.* **Hearing-aid use and long-term health outcomes: hearing handicap, mental health, social engagement, cognitive function, physical health, and mortality.** Int J Audiol. 2015.
14. PICININI, WEIGERT *et al.* **Restrição de participação social e satisfação com o uso de aparelho de amplificação sonora individual - um estudo pós-adaptação.** Audiology Communication Research, 2017.
15. BATTISTON, SATO *et al.* **Protocolo clínico para Serviços de Saúde Auditiva na atenção a adultos e idosos.** Revista CoDAS, 2018.
16. SILVA, SILVA *et al.* **Auditory satisfaction of patients fitted with hearing aids in the Brazilian Public Health Service and benefits offered by the hearing aids.** Brazilian Journal of otorhinolaryngology, 2013.
17. ESCADA e REIS. **Presbycusis: do we a third ear?.** Brazilian Journal of OTORHINOLARYNGOLOGY, 2015.
18. FONSECA e FERREIRA. **O desempenho de idosos com perda auditiva neurossensorial nos testes de processamento auditivo: um estudo longitudinal.** Revista CEFAC, 2015.
19. LEMOS e SOUZA. **Restrição à participação de adultos e idosos: associação com fatores auditivos e socioambientais.** Revista CoDAS, 2021.
20. BUSS, ROSSI *et al.* **Desempenho nas habilidades auditivas de atenção seletiva e memória auditiva em um grupo de idosos protetizados: influência de perda auditiva, idade e gênero.** Revista CEFAC, 2013.
21. RIBAS. A *et al.* **Qualidade de vida: comparando resultados em idosos com e sem presbiacusia.** Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Vol.17, no. 2, Rio de Janeiro, abril-junho de 2014.
22. GUARISCO, L.P.C *et al.* **Percepção da perda auditiva: utilização da escala subjetiva de faces para triagem auditiva em idosos.** Ciência e Saúde Coletiva. Vol. 22, no.11, Rio de Janeiro, novembro de 2017.
23. CORREIA.F.O.M. e PAIVA.S.M.M. **Presbiacusia: impacto social. Serviço de Otorrinolaringologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.** Coimbra, Portugal, 2015.
24. CARNIEL *et al.* **Implicação do uso do Aparelho de Ampliação Sonora Individual na qualidade de vida de idosos.** Revista CoDAS, 2017.
25. MONDELLI, M.F.C.G e SOUZA, P. J. S. **Qualidade de vida em idoso**

antes e após a adaptação do AASI. Jornal Brasileiro de Otorrinolaringologia. Vol.78, no.3, São Paulo, maio/junho de 2012.

26. QUINTERO, S.M; MAROTTA, R.M.B e MARONE, S.A.M. **Avaliação do processamento auditivo de indivíduos idosos com e sem presbiacusia por meio do teste de reconhecimento de dissílabos em tarefa dicótica – sww.** Revista Brasileira de Otorrinolaringologia. Janeiro/Fevereiro de 2002.
27. DUARTE, M.T *et al.* **Relação entre a queixa auditiva e os achados audiológicos de um grupo de idosos ativos.** Revista CEFAC. Setembro/Outubro de 2014.
28. LESSA, A.H e COSTA, M.J. **Influência da cognição em habilidades auditivas de idosos pré e pós-adaptação de próteses auditivas.** Audiology Communication Research, 2016.
29. BRUCKMANN e PINHEIRO. **Efeitos da perda auditiva e da cognição no reconhecimento de sentenças.** Revista CoDAS, 2016.
30. ROCHA e MARTINELLI. **Cognição e benefício obtido com o uso de próteses auditivas: um estudo em idosos.** Revista CoDAS, 2020.

PRINCIPAIS PROBLEMAS ENCONTRADOS DURANTE A GRAVIDEZ DE ADOLESCENTES E MULHERES ADULTAS

MAIN PROBLEMS ENCOUNTERED DURING PREGNANCY OF ADOLESCENTS AND ADULT WOMEN

Alexia Santana Barbosa¹, Camila Stephanie Lima da Silva¹, Gabrielly dos Santos Fontinele¹, Ruth Silva Lima da Costa Lima Costa^{2*}.

3. Enfermagem. Centro Universitário Uninorte. Rio Branco – Acre. Brasil
4. Enfermagem. Secretaria de Estado de saúde do Acre. Centro Universitário Uninorte. Rio Branco – Acre. Brasil

***Autor correspondente:** ruttilyma@gmail.com

RESUMO

Introdução: A gravidez é um período da vida da mulher, que se inicia através da concepção e sua duração leva cerca de 40 semanas. Durante este tempo, ocorrem alterações nas funções fisiológicas do organismo materno, tanto físicas quanto de ordem psicoemocional. **Objetivo:** Evidenciar os principais problemas encontrados durante a gravidez de adolescentes e mulheres adultas. **Método:** Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura, realizado nas bases de dados da Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e National Library of Medicine (PUBMED) e Base de Dados em Enfermagem, no período compreendido entre 2018 e 2021. **Resultados:** Evidenciou-se que as intercorrências gestacionais mais frequentes durante a gravidez são: pré-eclâmpsia grave, amniorrexe prematura, oligohidrâmnio que ocorrem tanto em mulheres adultas quanto em adolescentes, no entanto as mães adolescentes apresentam mais fatores de riscos associados a baixa escolaridade, maior ocorrência de partos prematuros e escolhas de via de parto, pois consideram cesariana mais segura. **Conclusão:** As evidências indicam que não existem diferenças significativas entre de problemas que podem ocorrer durante a gravidez de adolescentes e mulheres adultas, no entanto, as adolescentes apresentam mais fatores de riscos para complicações, nesse sentido torna-se fundamental o reconhecimento dos fatores associados à gravidez na adolescência e o acompanhamento dessas mães com o intuito de evitar futuras complicações para o binômio mãe e filho.

Palavras-chave: Gravidez na adolescência. Complicações na gravidez. Gravidez.

ABSTRACT

Introduction: Pregnancy is a period in a woman's life that begins with conception and lasts for about 40 weeks. During this time, changes occur in the physiological functions of the maternal organism, both physical and psycho-emotional. **Objective:** To highlight the main

problems encountered during pregnancy in adolescents and adult women. **Method:** this is an integrative literature review study carried out in the databases of the Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences (LILACS) and the National Library of Medicine (PUBMED) and Database on Nursing, in the period between 2018 and 2021. **Results:** It was evidenced that the most frequent gestational complications during pregnancy are: severe preeclampsia, premature amniorrhexis, oligohydramnios that occur both in adult women and in adolescents, however, adolescent mothers have more factors of risks associated with low education, higher occurrence of premature births and choices of delivery method, as they consider cesarean section safer. **Conclusion:** The evidence indicates that there are no significant differences between the problems that can occur during pregnancy in adolescents and adult women, however, adolescents have more risk factors for complications, in this sense it is essential to recognize the factors associated with pregnancy. teenage pregnancy and the monitoring of these mothers in order to avoid future complications for the mother and child.

Keywords: Teenage pregnancy. Pregnancy complications. Pregnancy.

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) a adolescência é a fase compreendida entre 10 e 19 anos 11 meses e 29 dias¹. Esse período compreende a ocorrência de constantes modificações e procede de uma transição da vida infantil para a vida adulta. É nessa fase que irão ocorrer importantes transformações corporais devido às alterações hormonais, como por exemplo os pelos pubianos, a primeira menstruação ou menarca, o aparecimento do broto mamário entre outros².

A gravidez é um período da vida da mulher, que se inicia a partir da concepção e sua duração leva cerca de 40 semanas finalizando-se, assim, com o parto. Durante este tempo ocorrem alterações nas funções fisiológicas do organismo materno, tanto físicos quanto

psicoemocionais, ajustes sociais e econômicos, provocando mudanças não apenas na vida pessoal, mas de toda família³.

Destaca-se que devido o aparecimento de tais alterações, em um curto espaço de tempo, tanto em gestantes adultas classificadas entre 20 a 49 anos de idade, quanto em mães adolescentes, que estejam na faixa etária entre 10 a 19 anos 11 meses e 29 dias, podem se desenvolver patologias, condições clínicas desfavoráveis e alguns problemas durante a gestação, como diabetes gestacional⁴, Infecções do trato urinário⁵, anemia⁶, sífilis⁷, hepatite⁸, doenças hipertensivas da gestação⁹, pré-eclâmpsia¹⁰, partos prematuros^{11, 12}, transtornos psicoemocionais¹³, entre outras doenças¹⁴.

As adolescentes têm se mostrado cada

vez mais vulneráveis às questões relacionadas a sua saúde, seja ela, alimentar, sexual, social, econômica ou psicológica. Entre esses fatores importantes tem-se o uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas, que podem acarretar uma série de problemas a este grupo de indivíduos que, muitas vezes nessa fase, darão início às primeiras práticas sexuais, podendo se expor à riscos tais como Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e, ainda, uma gravidez precoce¹⁵.

Segundo o Ministério da Saúde (MS) mulheres com a idade igual ou superior a 35 anos são consideradas tardias ou idade avançada, ocasionalmente mais suscetíveis a complicações durante a gravidez, fato este que torna a gestação um fator de alto risco. É importante frisar que, mesmo havendo algumas vantagens na gestação tardia, esta, ainda é associada a eventos obstétricos adversos¹⁶. Gestantes com mais de 35 anos tem mais chances de abortamentos espontâneos, parto pré-termo, fetos pequenos para a idade gestacional, maior risco para a mortalidade perinatal, gravidez ectópica, entre outras¹⁷.

Mediante a isso, essas condições encontradas em uma gravidez precoce, geralmente também são encontradas em uma gestação de mulheres adultas. Entretanto, existem algumas diferenças

entre as gravidezes em mães adolescentes e mães adultas. Como exemplo, pode-se citar, as consultas de pré-natal que são essenciais para prevenir e orientar as futuras mães quanto as possíveis complicações da gravidez. Nesse caso evidencia-se que as gestantes adultas iniciam o pré-natal precocemente e com maior número de consultas realizadas quando comparadas às mães adolescentes^{18, 19, 20}.

No entanto, se faz necessário o incentivo mais veemente para as mães adolescentes, sobre a necessidade da presença delas nas consultas de pré-natal, conforme o preconizado, a fim de assegurar um parto seguro e o recebimento das informações necessárias à sua saúde e do seu bebê²¹.

Nesse sentido, o objetivo deste estudo é evidenciar os principais problemas encontrados durante a gravidez de adolescentes e mulheres adultas.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. As etapas utilizadas na realização dessa revisão foram: (1) identificação de um problema clínico; (2) formulação de uma questão clínica relevante e específica; (3) busca de evidências científicas a partir dos critérios de inclusão e exclusão; (4) avaliação das evidências disponíveis; (5) extração e

análise dos dados; (6) síntese e discussão dos resultados.

A pergunta norteadora adotada para o presente estudo foi: Quais os principais problemas enfrentados durante a gravidez entre mães adolescentes e mães adultas?

A seleção dos estudos foi realizada nas seguintes bases de dados eletrônicas: *US National Library of Medicine (PubMed)*, *Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS)* e *Base de Dados em Enfermagem*, com a adoção de descritores: *Gravidez na adolescência AND Complicações na gravidez AND Gravidez e Teenage pregnancy AND Pregnancy complications AND Pregnancy*.

Para escolha destes artigos foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: Artigos publicados entre os anos de 2018 e 2021, artigos disponíveis nos idiomas inglês e português, artigos de pesquisa originais, artigos que relatassem os principais problemas e complicações de uma gestação e gravidez na adolescência. Foram excluídos da amostra artigos de revisão, relato de caso, meta-análise e documentos. Após a leitura da extensão completa dos artigos, também foram excluídos os estudos que não respondiam à pergunta da pesquisa.

Destaca-se que para elegibilidade dos

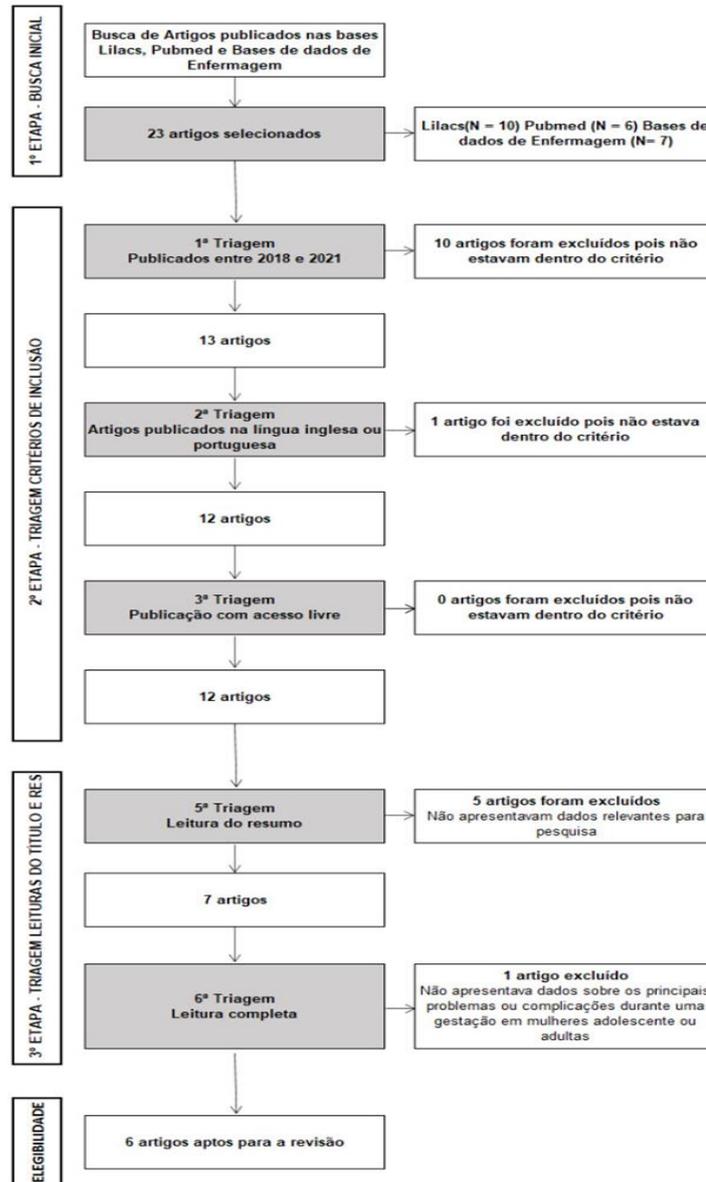
artigos para este estudo, foi utilizada a metodologia PRISMA, para especificar os artigos referentes a esta pesquisa. A Metodologia tem sido bastante utilizada em pesquisas relacionadas à saúde e mostrou-se eficiente para identificar artigos de interesse para revisão e análise de literatura, e tem como objetivo de auxiliar os autores de pesquisas a melhorarem o relato de revisões sistemáticas e meta-análise. Pode ser usado como base para relatos de revisões sistemáticas de outros tipos de pesquisa, principalmente avaliações de intervenções. Também pode ser útil para avaliação crítica de revisões sistemáticas publicadas²².

A primeira etapa de busca foi delimitada às duas bases de dados pré-selecionadas, LILACS e PUBMED. Conforme critérios de inclusão foram analisados, no primeiro momento, palavras contidas nos títulos, resumos e descritores, assim foram eleitos 23 artigos sendo 10 na LILACS (N = 10), 6 na PUBMED (N = 6) e 7 nas Bases de dados de Enfermagem (N= 7). Após a primeira seleção, foi dado início a segunda etapa, onde implementou-se o primeiro critério de elegibilidade, sendo excluídos estudos que não foram publicados entre os anos de 2018 e 2021. Foram incluídos estudos publicados na versão inglês e português e

foram excluídos os estudos que abordassem apenas saúde sexual do adolescente, tendências e complicações

de aborto em mães adolescentes e adultas. Estas etapas resultaram no fluxo apresentado na Figura 1:

Figura 1: Diagrama do fluxo de seleção de artigos.



RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados referentes aos artigos

considerados elegíveis a serem analisados estão apresentados no quadro 1:

Título/Autores	Local	Tipo de estudo	Objetivos do estudo	Principais resultados
Aspectos relacionados às internações por intercorrências	Teresina, Piauí	Estudo de abordagem quantitativa, descritivo e retrospectivo.	Analisar aspectos relacionados às internações por intercorrências gestacionais.	As intercorrências gestacionais mais frequentes foram: Pré-eclâmpsia Grave (33,9%), Amniorrexe Prematura (16,4%) e

gestacionais. (Medeiros et al., 2020 ²³)				Oligohidramnio (16,1%). Os aspectos relacionados à Pré-eclâmpsia Grave foram faixa etária e situação conjugal à Amniorrexe Prematura foram situação conjugal, procedência e Infecção do Trato Urinário, ao Oligohidramnio associado à procedência
Fatores associados à variação espacial da gravidez na adolescência no Brasil, 2014. Estudo ecológico de agregados espaciais. (Nascimento et al., 2021 ²⁴)	Brasília, Brasil	Estudo ecológico	Identificar determinantes socioeconômicos e de atenção à saúde na variação espacial da gravidez na adolescência, Brasil, 2014.	A fecundidade na adolescência associou-se negativamente a maior cobertura da Estratégia Saúde da Família, número adequado de consultas de pré-natal e menor renda familiar média per capita e positivamente, ao índice de Gini (baixa renda maior densidade domiciliar e baixa escolaridade).
Motherhood in early adolescence: a case-control study in Southern Brazil. (Béaria et al., 2020 ²⁵)	Rio Grande do Sul, Brasil	Estudo caso-controle	Investigar fatores associados à maternidade em adolescentes moradoras em Porto Alegre, com idade entre 14 e 16 anos.	Os resultados mostraram que a classe econômica mais baixa, o fracasso escolar, o consumo de tabaco, a embriaguez alcoólica pelo menos uma vez na vida e a ter uma mãe que deu à luz antes dos 20 anos de idade foram positivamente associadas à maternidade adolescente precoce.
Resultados perinatais adversos das gestações de adolescentes vs de mulheres em idade avançada na rede brasileira de saúde pública. (Veiga et al., 2019 ²⁶)	Maceió, Alagoas, Brasil	Estudo transversal	Comparar os resultados perinatais adversos em gestações de adolescentes e mulheres em idade avançada de rede pública de saúde.	Quando comparadas gestantes adolescentes e aquelas em idade avançada, foram observados, respectivamente: 38,7% vs 54,6% partos cesarianos; 37,8% vs 25,2% nascimentos de pré-termos; 16,6% vs 20,5% nascimentos de recém-nascidos pequenos para idade gestacional; 18,0% vs 15,3% nascimentos de recém-nascidos grandes para a idade gestacional; 32,2% vs 34,7% (RP=1,08; recém-nascidos com baixo peso ao nascer e 28,5% vs 42,9% com comprimento elevado ao nascer.

Tendência temporal e fatores associados a gravidez na adolescência. (Lopes et al., 2020 ²⁷)	Maringá - PR. Brasil	Estudo ecológico, retrospectivo, quantitativo	Analisar a tendência e os fatores associados à gravidez na adolescência em um município do estado do Paraná.	Associaram-se à gravidez na adolescência as variáveis estar sem companheiro; escolaridade menor que oito anos; primiparidade; idade gestacional menor que 37 semanas; cesárea; número de consultas menor que sete; e Apgar menor que sete no primeiro minuto.
Maternal healthcare coverage for first pregnancies in adolescent girls: a systematic comparison with adult mothers in household surveys across 105 countries, 2000-2019. (Li et al., 2020 ²⁸)	Dados de 283 relatórios demográficos, Pesquisas de saúde ou pesquisas de indicadores de agrupamento múltiplo para 105 países entre 2000 e 2019	Estudo ecológico	Estimar os níveis e tendências de desigualdade na cobertura de cinco serviços de saúde materna entre meninas adolescentes (de 15 a 19 anos) e mães adultas (de 20 a 34 anos), incluindo o recebimento quatro ou mais consultas de cuidados pré-natais, partos com parteiras qualificadas e recebendo um check-up pós-natal dentro de 24 horas após o parto.	As adolescentes tinham cobertura mais pobre em todos os indicadores, com o recebimento de quatro ou mais consultas de pré-natal do que mães adultas. A cobertura foi de 54,2% entre adolescentes para quatro ou mais consultas de pré-natal, 69,7%.

Dos artigos selecionados, todos possuíam traço quantitativo, sendo três (50,0%) ecológicos, um (16,6%) caso-controle, um (16,6%) transversal e um (16,6%) descritivo.

Uma observação relevante é que grande parte dos estudos foram realizados no Brasil, sendo que em um deles²⁸ foi realizada uma pesquisa de indicadores de agrupamento múltiplo para 105 países onde pode-se evidenciar na maioria deles que as condições sociais são um fator importante para uma gestação bem-sucedida, tanto quanto a assistência pré-natal, e pós-natal. Com a assistência adequada pode-se diminuir as

chances de complicações e mortes obstétricas.

Ressalta-se que nessa pesquisa todos os artigos presentes no estudo começaram a ser publicados a partir de 2018, sendo investigados o contexto social e biológico de mulheres que estavam vivenciando a maternidade.

Quanto às constatações, revelou-se que uma das intercorrências gestacionais mais frequentes é a pré eclampsia grave²³.

Esse fato está prevalentemente associado à faixa etária de 15 a 34 anos de idade e, também, à situação conjugal confusa. Esse fator de risco é umas das principais causas de morbimortalidade

materna e perinatal. Dessa forma, estudos apontam a importância da atenção integral às gestantes com antecedente pessoal de Hipertensão Arterial Sistêmica, seguido de gestantes com situação conjugal confusa ou mães solteiras, e baixa escolaridade^{23, 27}.

Esta última condição ainda é capaz de contribuir para aumento de dificuldades na relação saúde-doença da gestante e, conseqüentemente, diminuir as chances de compreensão de orientações vindo de profissionais, o que caracteriza um importante fator de riscos para complicações e morbimortalidade materna e perinatal²⁷.

Outro estudo evidenciou que as principais ocorrências de gestações entre adolescentes estão associadas às regiões com índice de vulnerabilidade social elevada. Nessa realidade 43,0% das gestações não são planejadas o que eleva taxas de interrupção precoce dos estudos e dificuldade de inserção no mercado de trabalho tendo como consequência uma renda menor que a suficiente para suprir as necessidades básicas mensais²⁴.

Compartilhando da mesma ideia outro estudo acrescenta que variáveis socioeconômicas mais pobres, mãe que gestou o primeiro filho na adolescência, consumo de tabaco e embriaguez alcoólica, apresentam maior risco para gestação precoce. Este estudo também

relata que as adolescentes tiveram pior qualidade de atendimento pré-natal em comparação às mães adultas. Enfatizando que um acompanhamento de qualidade é importante para as mães adolescentes pois apresentam taxas de anemia, pré eclampsia e outras comorbidades maiores além do preconceito e estigma social sofrido por parte de profissionais de saúde²⁵.

Diante de uma análise os adolescentes seguiam durante a pesquisa com a média de sete consultas pré-natal, seguindo de idade gestacional menor que 37 semanas nos primeiros três anos, sendo evidenciado impactos negativos decorrentes de um atendimento pré-natal inadequado. Em relação ao tipo de parto, foi apresentado que as adolescentes têm índices elevados de cesarianas, principalmente decorrentes de fatores de risco como escolaridade incompatível à idade cronológica, classe econômica mais elevada, considerar via de parto mais segura, apresentar antecedentes clínicos de risco, intercorrências na gestação entre outros, podendo ser diminuída nos últimos três anos da adolescência²⁷.

Nos estudos analisados constatou-se elevada taxa de parto cesariana em gestantes com idade maior de 35 anos, relatando maior probabilidade de intercorrências em gestantes com idade avançada, podendo justificar-se pela

incidência de fatores de risco. Quanto às consultas pré-natais também foi constatado negligência por parte das gestantes adultas e um índice ainda pior entre gestantes adolescentes ²⁶.

Outra questão de grande importância é a de que o fator relacionado à boas condições sociais são primordiais para o melhor acompanhamento de uma gestante. Isso evidencia que a abrangente desigualdade socioeconômica é um fator de risco, haja vista que quanto maior a qualidade de vida em determinada localidade melhor o acompanhamento das gestantes. O estudo indicou também que as mães adultas receberam mais consultas pré-natal do que mães adolescentes na maioria dos países consultados. Foi relatado que, em relação à baixa incidência de atendimento pós-natal, as duas faixas etárias estão de acordo e na maioria das vezes este serviço foi negligenciado por profissionais, o que induziu as famílias a não retornarem para as consultas ²⁸.

De forma geral, verificou-se que a maioria dos estudos abordam questões sociais e fisiopatológicas, tendo como foco principal a abrangência de adolescentes e adultas na assistência e saúde de gestantes, entendendo a associação entre variáveis socioeconômicas, dependendo da localização e qualidade de atendimento

profissional oferecido, influenciando diretamente nas chances de uma gestação bem-sucedida e saudável.

Ao analisar essas variáveis, foi percebido a oscilação e contradições de informações entre os estudos selecionados. Pesquisa com mães adolescentes entre dois grupos etários -10 a 14 anos e 15 a 19 anos de idade-, onde a seleção se deu a partir de características maternas, características da gestação e parto e conseqüentemente características do recém-nascido, evidenciou um maior índice de cesarianas nesses dois grupos de adolescentes ²⁷.

Em contraponto, outro estudo envolvendo gestantes com idade acima de 35 anos, selecionadas de maneira aleatória a partir de um livro de registros de um posto de Enfermagem da maternidade do hospital, evidenciou-se que há um número alto de cesarianas nesse grupo. Posteriormente foi realizada a aplicação de um questionário, que enfatizou dados socioeconômicos, pré-natal, clínicos, antropométricos e perinatais ²⁶. Os dados em comum encontrados entre os dois estudos foram a baixa escolaridade e número de consultas pré-natal menor que o número ideal preconizado pela OMS ^{26, 27}.

Fica evidente nos estudos selecionados que o fator de risco mais comum sendo a principal preocupação

dos autores quanto às gestantes de ambas as faixas etárias é o índice de baixa escolaridade, como foi citado e esboçado, que pode dificultar a assistência de saúde dessas mães adultas e adolescentes pela falta de compreensão dos serviços prestados, sendo a maioria delas desprovidas de cuidados com a saúde materno-fetal, estando mais propensas a vivenciar maior número de cesarianas e intercorrências gestacionais. Este estudo evidencia a importância da atenção à alfabetização entre essas gestantes e o desenvolvimento de atendimento facilitado para as mães não alfabetizadas, transmitindo o máximo de conhecimento materno-fetal de forma simplificada, expondo os riscos e peculiaridades de cada faixa etária ^{26, 27}.

CONCLUSÃO

No presente estudo foi possível observar a presença de vários fatores que podem desencadear uma série de problemas durante a gestação tanto em mulheres adultas, como em mães adolescentes, sendo estes: questões socioeconômicas, situação conjugal, faixa etária, nível de escolaridade, histórico de doença pregressa, entre outros. A partir destes fatores, gestantes de quaisquer faixas etárias podem desenvolver doenças e vivenciar situações adversas durante toda a gravidez.

Evidenciou-se ainda que alguns destes problemas, incluindo a assistência pré-natal que as adolescentes receberam, o índice de pior qualidade de atendimento em comparação com as mães adultas podendo ser explicado pelo estigma social existente entre os profissionais de saúde. As principais intercorrências encontradas durante esse período foram: pré-eclâmpsia grave, amniorrexe prematura, oligohidramnio, que ocorrem em mulheres adultas e em adolescentes.

Foi verificado que as adolescentes obtiveram altos índices de cesarianas em decorrência de complicações durante a gestação, negligência de consultas e complicações no trabalho de parto, da mesma forma as gestantes acima de 35 anos de idade, ocorridos por intercorrências na gestação devido à idade avançada.

Esta análise permitiu identificar os principais problemas e riscos enfrentados durante a gestação de mulheres de diferentes faixas etárias, demonstrando que ambos os lados possuem suas peculiaridades e fatores de risco. Quase metade das gestações não são planejadas elevando a taxa de interrupção precoce dos estudos, e maior dificuldade de inserção no mercado de trabalho, se tornando mais um problema entre as gestantes.

Nesse sentido torna-se fundamental e

necessário o reconhecimento dos fatores associados à gravidez na adolescência e o acompanhamento dessas mães com o intuito de evitar futuras complicações nesse público alvo.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL, Lei 8.069, de 13 de julho de 1990, **Estatuto da Criança e do Adolescente**, Brasília: Ministério da Justiça, 1990.
2. BRASIL, Organização Mundial da Saúde. **Caderneta do Adolescente**, Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2008.
3. COUTINHO, Emília de Carvalho et al. Gravidez e parto: O que muda no estilo de vida das mulheres que se tornam mães? **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. SPE2, p. 17-24, 2014.
4. WEINERT, Letícia Schwerz et al. Diabetes gestacional: um algoritmo de tratamento multidisciplinar. **Arquivos Brasileiros de endocrinologia & metabologia**, v. 55, n. 7, p. 435-445, 2011.
5. BARROS, Simone Regina Alves de Freitas. Infecção urinária na gestação e sua correlação com a dor lombar versus intervenções de enfermagem. **Revista Dor**, v. 14, n. 2, p. 88-93, 2013.
6. OLIVEIRA, Alane Cabral Menezes De; BARROS, Amanda Maria Rocha De; FERREIRA, Raphaela Costa. Fatores de associados à anemia em gestantes da rede pública de saúde de uma capital do Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 37, n. 11, p. 505-511, 2015.
7. GAIO, Yonara Pereira de Araújo. **Sífilis na Gestação e os Fatores Associados à Transmissão Vertical na Amazônia Ocidental**. 2018. 38f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde), Universidade Federal do Acre, acre, 2018.
8. PERIM, Eduardo Brás; PASSOS, Afonso Dinis Costa. Hepatite B em gestantes atendidas pelo Programa do Pré-Natal da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, Brasil: prevalência da infecção e cuidados prestados aos recém-nascidos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, p. 272-281, 2005.
9. WANNMACHER, Lenita. Manejo da hipertensão na gestação: o pouco que se sabe. **Uso racional dos medicamentos: temas selecionados**, v. 1, p. 1-6, 2004.
10. FERREIRA, Eilen Tainá Matos et al. Características maternas e fatores de risco para pré-eclâmpsia em gestantes. **Rev Rene**. v.20, p. e40327, 2019.
11. DÓRIA, Maíra Teixeira; SPAUTZ, Cleverton Cesar. Trabalho de parto prematuro predição e prevenção. **Femina**, 2011.
12. HYDALL, Ana Rosa Sales; DUARTE, Risauda Nóbrega; DA COSTA, Ruth Silva Lima. Partos Prematuros em Adolescentes em Rio Branco-Acre no ano de 2015. **DêCiência em Foco**, v. 2, n. 1, p. 34-44, 2018.

13. CAMACHO, Renata Sciorilli et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 33, n. 2, p. 92-102, 2006.
14. LOPEZ ALEGRIA, Fanny Viviana; SCHOR, Néia; SIQUEIRA, Arnaldo Augusto F. de. Gravidez na adolescência: estudo comparativo. **Revista de Saúde Pública**, v. 23, p. 473-477, 1989.
15. SAITO, Maria Ignez et al, **Adolescência e sexualidade: visão atual**: 1.ed. São Paulo: ATHENEU, 2016.
16. BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. Brasília, 2012.
17. BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada a mulher**. Brasília, 2001
18. DOS SANTOS, Cristiane Albuquerque C.; NOGUEIRA, Kátia Telles. Gravidez na adolescência: falta de informação? **Adolescência e Saúde**, v. 6, n. 1, p. 48-56, 2009.
- 19 SILVA, Lucía; TONETE, Vera Lúcia Pamplona. El embarazo en adolescencia en la perspectiva de los familiares: compartiendo proyectos de vida y cuidado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 199-206, 2006.
20. COSTA, Rachel Franklin da; QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira; ZEITOUNE, Regina Célia Gollner. Cuidado aos adolescentes na atenção primária: perspectivas de integralidade. **Escola Anna Nery**, v. 16, n. 3, p. 466-472, 2012.
21. BRASIL, Ministério da saúde, Instituto Sírio-Libanês de ensino e pesquisa. **Protocolos da atenção básica- saúde das mulheres**, Brasília: Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de ensino e pesquisa, 2016.
22. GALVÃO, Taís Freire; PANSANI, Thais de Souza Andrade; HARRAD, David. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, p. 335-342, 2015.
23. MEDEIROS, Flávia Daniele de Alencar et al. Aspectos relacionados às internações por intercorrências gestacionais. **Enferm. Foco (Brasília)**, p. 41-48, 2020.
24. NASCIMENTO, Thiago Luis Cardoso et al. Fatores associados à variação espacial da gravidez na adolescência no Brasil, 2014: estudo ecológico de agregados espaciais. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, p. e201953, 2021.
25. BÉRIA, Jorge Umberto et al. Motherhood in early adolescence: a case-control study in Southern Brazil. **Ciencia & saude coletiva**, v. 25, p. 439-448, 2020.

26. VEIGA, Larissa de Lima Pessoa et al. Resultados perinatais adversos das gestações de adolescentes vs de mulheres em idade avançada na rede brasileira de saúde pública. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 19, n. 3, p. 601-609, 2019.
27. LOPES, Mislaine Casagrande de Lima et al. Tendência temporal e fatores associados à gravidez na adolescência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, 2020.
28. LI, Zhihui et al. Maternal healthcare coverage for first pregnancies in adolescent girls: a systematic comparison with adult mothers in household surveys across 105 countries, 2000–2019. **BMJ global health**, v. 5, n. 10, p. e002373, 2020.

TABAGISMO E GRAVIDEZ: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

SMOKING AND PREGNANCY: AN INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

Diana Kewlen Cunha da Silva¹, Larissa Oliveira de Moura¹, LÍzia Aguiar Lopes¹, Ruth Silva Lima da Costa^{2*}.

5. Enfermagem. Centro Universitário Uninorte. Rio Branco – Acre. Brasil
6. Enfermagem. Secretaria de Estado de saúde do Acre. Centro Universitário Uninorte. Rio Branco – Acre. Brasil

***Autor correspondente:** ruttilyma@gmail.com

RESUMO

Introdução: O hábito de fumar pode trazer sérios prejuízos à saúde e encontra-se associado ao desenvolvimento de várias doenças. Durante a gestação seus efeitos podem ser maléficos tanto para a mãe quanto para o bebê, dessa forma, a gestação torna-se um momento propício para a interrupção desta dependência. **Objetivo:** Investigar as evidências disponíveis na literatura acerca do tabagismo na gravidez. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo, de revisão integrativa da literatura, com busca de informações em fontes secundárias, através de estudos publicados dentro da temática e em bases de dados oficiais, publicados no período de 2011 a 2021. **Resultados:** Os estudos demonstraram que a prática do tabagismo é muito frequente entre gestantes e que pode trazer sérias complicações para mãe e filho destacando-se o baixo peso ao nascer, a prematuridade e as mortes perinatais. Muitas delas desconhecem os malefícios do cigarro e encontram dificuldades para abandonar o hábito de fumar. Evidenciou-se ainda que o tabagismo entre gestantes está associado a baixa escolaridade e que a religião é um fator de proteção para o não consumo do cigarro. **Conclusão:** Por ser uma prática frequente entre gestantes, é de suma importância que os profissionais de saúde estejam cada vez mais qualificados para o desenvolvimento de ações que possam ser capazes de influenciar na cessação do tabagismo durante a gestação.

Palavras-chave: Tabagismo. Complicações na gravidez. Recém-nascido.

ABSTRACT

Introduction: The habit of smoking can cause serious damage to health and is associated with the development of several diseases. During pregnancy, its effects can be harmful for both the mother and the baby, thus, pregnancy becomes a propitious moment for the interruption of this dependence. **Objective:** to investigate the evidence available in the literature about smoking during pregnancy. **Method:** this is a descriptive study, an integrative literature review, with a search for information in secondary sources, through articles published within the theme and in official databases published from 2011 to 2021. **Results:** the studies showed that the practice of smoking is very common among pregnant women and that it can cause serious complications for mother and child, especially low birth

weight, prematurity and perinatal deaths. Many of them are unaware of the harmful effects of smoking and find it difficult to quit smoking. It was also evidenced that smoking among pregnant women is associated with low education and that religion is a protective factor for not smoking. **Conclusion:** as it is a frequent practice among pregnant women, it is extremely important that health professionals are increasingly qualified to develop actions that may be able to influence smoking cessation during pregnancy.

Keywords: Tobacco use disorder. Pregnancy complications. Newborn.

INTRODUÇÃO

O tabagismo continua sendo a principal causa evitável de morte no mundo. Em 2011, o uso do tabaco matou quase 6 milhões de pessoas. Cerca de 80% dessas mortes ocorreram em países de baixa e média renda. Estima-se até 2030 a ocorrência de 8 milhões de óbitos anuais tendo o tabaco como causa básica. As mortes atribuídas a ele estão diretamente relacionadas ao seu uso direto e a exposição ao fumo passivo. A prevalência do hábito de fumar é maior entre homens do que entre mulheres, embora esteja aumentando particularmente entre as mais jovens em muitos países¹.

O tabagismo na gestação é considerado um dos mais importantes fatores de risco que podem ser prevenidos para desfechos desfavoráveis tanto para a gestante quanto para o feto. Isso ocorre **porque** ele está associado à restrição do crescimento fetal e a ocorrências de natimortos, partos prematuros, além de morte súbita do lactente².

O abuso de drogas lícitas na sociedade é um grave problema de saúde pública, **que** acomete milhares de pessoas em

todo mundo e é responsável por alterações imediatas e tardias no organismo humano. Nas gestantes, esta problemática é ainda maior, pois a exposição de grávidas ao uso de drogas como o tabaco pode ocasionar malformações nos diversos sistemas do feto, além de comprometer o sistema imunológico da mãe e reduzir óxido nítrico placentário, levando a um maior risco de abortamento^{3, 4}.

Sendo assim, a gestante fumante o feto torna-se um fumante involuntário, **o que** acarreta danos ao seu desenvolvimento. Os motivos pelos quais a mulher inicia e se mantém fumando variam conforme a idade, fatores, psicológicos, socioeconômicos, demográficos e culturais, assim como pela ação da propaganda da indústria do tabaco⁵.

Nesse sentido, devido à alta incidência de tabagismo na gravidez⁶, a presente pesquisa torna-se significativa, tanto no âmbito informativo, quanto no preventivo, a fim de ressaltar que o hábito, além de prejudicial para mãe e filho, também é considerado um relevante problema social.

Mediante a isso, o presente trabalho

tem como objetivo investigar as evidências acerca do tabagismo na gravidez.

MÉTODOS

Trata-se de estudo de revisão integrativa da literatura, realizada por meio de um levantamento bibliográfico utilizando dados acerca do hábito de fumar durante a gestação. A questão norteadora adotada para este estudo foi: Quais os dados disponíveis na literatura sobre o hábito de fumar por mulheres durante a gravidez?

As etapas percorridas para a operacionalização dessa revisão foram: (1) escolha da questão norteadora; (2) seleção dos estudos compuseram a amostra a partir dos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa; (3) estabelecimento das informações que serão captadas e classificação dos estudos; (4) julgamento analítico dos artigos inclusos na revisão; (5) análise crítica dos artigos incluídos e discussão dos resultados; e (6) relato da revisão e síntese das informações adquiridas no percorrer das outras etapas.

Quadro 1. Seleção dos artigos incluídos no estudo.

1ª Busca: Associação dos descritores	Critério 01	Critério 02	Critério 03	Critério 04	Critério 05
Tabagismo and Gravidez	Disponível gratuitamente	Idioma Português/ Inglês	Ano da Publicação 2011 -2021	Exclusão de artigos de relato de caso e revisão da literatura	Resposta a questão Norteadora

Para a seleção dos artigos foram usadas as seguintes bases de dados: Scientific Eletronic Library Online (SCIELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) utilizando os descritores: Tabagismo and Gravidez.

Os critérios de inclusão utilizados foram: disponível eletronicamente com acesso livre, artigos publicados na língua portuguesa e inglesa, texto completo com resumos disponíveis e publicados nos últimos 11 anos (2011 a 2021). Os critérios de exclusão foram considerados: artigos publicados anteriormente ao período definido, artigos de revisão da literatura e relatos de casos e artigos que não respondiam à questão norteadora da pesquisa.

Após a aplicação dos critérios mencionados foram encontrados um total de 343 artigos. Posteriormente à leitura na íntegra dos artigos, foram selecionados 10 estudos que respondiam à pergunta norteadora da pesquisa. A pesquisa foi realizada nas bases de dados no período de março a maio de 2021.

Quantos artigos? 343	Quantos artigos? 164	Quantos artigos? 132	Quantos artigos? 54	Quantos artigos? 35	Quantos artigos? 10
-------------------------	-------------------------	-------------------------	------------------------	------------------------	------------------------

Após a busca, foram realizadas leituras criteriosas das 10 publicações selecionadas para elaborar a presente revisão.

A análise dos dados foi realizada de forma descritiva, procedendo-se à categorização dos dados extraídos dos estudos selecionados em grupos temáticos, a partir da identificação de variáveis de interesse e conceitos chaves. Sendo assim os resultados foram categorizados em um quadro ajustado para este propósito contendo os seguintes itens: autor/ano, título, objetivo, delineamento do estudo e resultados, com a finalidade de proporcionar uma análise comparativa, de maneira que estas viabilizassem a aquisição de respostas ao problema do estudo.

A pesquisa não foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) local,

Quadro 2: Características dos artigos incluídos na amostra que respondiam à questão norteadora.

TÍTULO/AUTOR/ANO	DELINEAMENTO	OBJETIVO	RESULTADOS
Uso de álcool e tabaco na gestação: influência no peso do recém nascido. Pena et al., 2017 ⁷ .	Estudo Transversal	Verificar a prevalência do etilismo e do tabagismo em gestantes.	A prevalência do tabagismo foi 15,6% e o de bebida alcoólica 2%. Houve diferença estatisticamente significativa no peso dos recém-nascidos de mães tabagistas, mas não houve diferença para o etilismo. O uso de tabaco na gestação interfere negativamente no peso do recém-nascido ao nascer.

por se tratar de um estudo em fontes secundárias e não se enquadrar dentro da legislação do CONEP/MS, resolução n.º 466/2012.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os principais achados do presente estudo evidenciaram que a prática do tabagismo é muito frequente entre gestantes e que pode trazer sérias complicações para mãe e filho, destacando-se o baixo peso ao nascer, a prematuridade e as mortes perinatais. Muitas delas desconhecem os malefícios do cigarro e encontram dificuldades para abandonar o hábito de fumar. Evidenciou-se ainda que o tabagismo entre gestantes está associado a baixa escolaridade e que a religião é um fator de proteção para o não consumo do cigarro.

<p>Valiação do Hábito Tabágico e Fatores Associados ao Tabagismo na Gestaçao Nunes;Campos, 2016 ⁸.</p>	<p>Estudo Transversal</p>	<p>Avaliar o hábito tabágico e fatores associados ao tabagismo na gestaçao</p>	<p>O tabagismo foi mais frequente em gestantes usuárias de álcool, com poucas consultas de pré-natal e múltiparas. O fumo ocasionou no recém-nascido: prematuridade, baixo peso ao nascer e baixo perímetro cefálico. A prevalência do tabagismo materno ativo foi 24,5% e passivo, 42,3%.</p>
<p>Prevenção do tabagismo durante a gravidez: a importância do conhecimento materno sobre os riscos à saúde e as opções de tratamento disponíveis: Bertani et al., 2015 ⁹.</p>	<p>Estudo Transversal</p>	<p>Examinar o padrão de uso do tabaco e o conhecimento sobre as doenças relacionadas ao tabaco, bem como identificar os tipos populares de mídia eletrônica, em gestantes, a fim de aprimorar as estratégias de prevenção ou cessação do tabagismo entre essas mulheres.</p>	<p>Das 61 gestantes avaliadas, com idade média de 24 anos, sendo que 25 eram fumantes, 24 ex-fumantes e 12 nunca fumaram. 39 delas relataram exposição ao tabagismo passivo. Possuíam conhecimento das consequências pulmonares do tabagismo e apenas 2 conheciam os riscos cardiovasculares; 23 acreditavam que fumar não prejudica o feto ou o recém-nascido.</p>
<p>Características sociodemográficas e psicológicas associadas ao tabagismo na gravidez Fujita, 2021¹⁰.</p>	<p>Estudo caso-controle</p>	<p>Investigar como as características sociais e psicológicas diferem entre gestantes fumantes e não fumantes. Explorar associações entre características sociais e psicológicas com mudanças de hábitos tabágicos no final da gravidez.</p>	<p>Menor escolaridade, maior idade, uso de álcool e drogas, viver sem companheiro e tabagismo passivo apresentaram associações com o tabagismo. Ansiedade, depressão e estresse percebido também apresentaram associação positiva com o tabagismo. O tabagismo durante a gravidez está associado a condições sociais mais desfavoráveis. As gestantes fumantes apresentam mais estados psicológicos negativos do que as não fumantes, incluindo um perfil de neuroticismo acentuado.</p>
<p>Os malefícios do uso do tabaco na gestação e suas complicações Santos et al., 2015 ¹¹.</p>	<p>Estudo Transversal</p>	<p>Analisar o conhecimento das gestantes sobre o maléfico uso do tabaco e suas implicações para o feto.</p>	<p>As gestantes apresentaram um conhecimento parcial das complicações do cigarro na gravidez, tanto para elas como para os fetos.</p>
<p>Percepções de gestantes tabagistas sobre malefícios do tabaco durante a gestação Cruz et al., 2017 ¹².</p>	<p>Estudo Transversal</p>	<p>Conhecer a percepção das gestantes sobre os malefícios e as consequências do uso de tabaco durante a gestação.</p>	<p>Na análise, emergiram três categorias: início do tabagismo, que esteve relacionado ao entorno social e familiar; abordagem da gestante tabagista, revela a falta de apoio e suporte para o abandono do tabagismo; a percepção das gestantes sobre o tabagismo, que mesmo conhecendo os malefícios do tabaco, as dificuldades para abandonar o vício prevalecem.</p>
<p>Uso de álcool e tabaco por gestante em maternidade do sul de Santa Catarina Maria et al., 2015 ¹³.</p>	<p>Estudo transversal</p>	<p>Estimar o perfil epidemiológico do consumo de álcool e tabaco durante a gravidez entre mulheres atendidas na maternidade de Santa</p>	<p>O consumo de álcool e tabaco no período gestacional não se caracterizou como evento incomum no estudo. Praticar religião foi fator protetor para consumo de ambos, porém o tabagismo também esteve relacionado a menor escolaridade.</p>

		Catarina	
Uso de drogas por mulheres durante o período gestacional Maia et al., 2019 ¹⁴ .	Estudo transversal	Identificar as drogas mais utilizadas por gestantes..	O uso de drogas durante o período gestacional traz várias consequências para o organismo da mãe e do feto, entre as quais enfatiza-se: crescimento intrauterino restrito, malformações congênitas, aborto, parto prematuro, descolamento prematuro de placenta, placenta previa e morte fetal. Das drogas referidas pelas gestantes neste estudo, o álcool foi a substância psicoativa mais utilizada, seguida pelo cigarro e pelo uso associado de álcool e cigarro, este com um percentual de 30% pelas gestantes.
Tabagismo entre gestantes atendidas na maternidade filantrópica do Município de São Paulo. Lopes et al., 2015 ¹⁵ .	Estudo Transversal	Os objetivos do estudo foram verificar o comportamento dos fumantes na gestação no que se refere: à prevalência de tabagismo, à caracterização da história tabagística da gestante, aos níveis de dependência à nicotina e à relação entre o número de cigarros consumidos e o peso do recém-nascido.	O conhecimento das mulheres referente ao tabagismo e à saúde do bebê é baixo, os problemas respiratórios são os mais lembrados 35,9% das mulheres não souberam informar nenhuma patologia associada ao cigarro e ao bebê. Quanto aos prejuízos à saúde materna, o câncer foi o mais lembrado. Observou-se ser necessário intensificar a abordagem sobre o tabagismo no pré-natal, para alertar sobre os riscos e malefícios do cigarro à mãe e ao bebê, pois há ainda muitas mulheres que desconhecem as informações básicas sobre o assunto.
Prevalência do uso de substâncias psicoativas em gestantes e puérperas. Lopes et al., 2021 ¹⁶ .	Estudo Transversal	Investigar a prevalência do uso de substâncias psicoativas em gestantes e puérperas atendidas no ambulatório de um Hospital Escola	O tabaco constitui a substância com maior frequência de uso que desencadeia maior desejo/urgência de consumo e com maior taxa de tentativas de diminuição.

No mundo atual, o abuso de drogas lícitas é considerado um grave problema de saúde pública, sendo que entre as gestantes este problema é ainda maior, pois a exposição destas a essas substâncias pode ocasionar sérias complicações para o feto, incluindo as malformações⁴.

Sendo assim, o consumo de nicotina na gravidez pode causar prejuízos não somente a gestante, mas também o

conceito visto que a maioria das substâncias presentes no cigarro, atravessam a barreira placentária, que é o maior meio de nutrição e alimentação deste⁷.

Destarte, a gravidez representa um período de intensas mudanças na vida das mulheres, e por ser essa fase muito delicada, elas precisam ficar atentas quanto as substâncias as quais ficam expostas, pois o hábito de fumar pode

ocasionar sérios problemas ao bebê como as malformações, além de desconfortos respiratórios, infecções neonatais, baixo peso ao nascer, icterícia grave, edema agudo de pulmão, sífilis congênita e sofrimento fetal, cujo aparecimento pode ser influenciado pelo uso de drogas lícitas e ilícitas durante a gravidez. Nas mães, pode ocasionar acidez gástrica, diminuição dos reflexos protetores respiratórios, descolamento da placenta e partos prematuros^{8, 10, 17}.

O uso de álcool e cigarro na gestação pode trazer consequências perinatais e fetais ao concepto, como a vasoconstrição placentária, aborto, descolamento de placenta, doenças cardiovasculares, malformações congênitas, menor aporte de oxigênio e nutrientes, síndrome alcoólica fetal e déficit de crescimento, cabendo aos profissionais de saúde o papel de conscientizar essa população sobre as consequências e os riscos do seu uso na gestação^{7, 8, 14, 18}.

O hábito de fumar é mais prevalente entre gestantes jovens, cujos parceiros também são fumantes, além da baixa escolaridade, o nível sócio econômico baixo, a maior paridade, a gravidez indesejada, pré-natal inadequado. A presença de sintomas de ansiedade e problemas depressivos estão associadas a maior dependência nicotínica^{9,16,19}.

A identificação de variáveis sociodemográficas ligadas ao consumo

do cigarro durante a gravidez, necessita ser levada em consideração ao se planejar intervenções antitabagísticas para as gestantes, pois existe associação entre menor escolaridade e tabagismo, demonstrando que essas mulheres podem ter maiores dificuldades em compreender o valor de parar de fumar durante a gravidez e as estratégias que levam à cessação¹⁴.

No entanto, apesar da gestação ser um momento propício para a interrupção do tabagismo, a prevalência de sua cessação ainda é baixa, além de ter se mostrado mais acentuada entre as mães com menor risco de complicações durante o parto²⁰.

Nesse sentido, embora muitas orientações sejam feitas no momento das consultas de pré-natal, é de competência do enfermeiro, por meio de palestras e grupos de gestantes, promover orientações a respeito dos malefícios do uso do cigarro e de certa forma incentivar e apoiar as mulheres a cessarem com esse hábito, pois muitas delas enfrentam dificuldades para o abandono, uma vez que o cigarro causa dependência^{2, 21}.

Desta forma, o período gestacional se configura como um fator motivador para o abandono do tabagismo, tendo em vista que a maioria das gestantes se preocupam em gerar filhos saudáveis e dessa forma se tornam mais maleáveis para colocarem em prática as orientações

dos profissionais de saúde quanto a necessidade da cessação do hábito de fumar²².

O acompanhamento dessas mulheres durante as consultas de pré-natal pode ser o ponto chave para a prevenção e cessação do uso de álcool e cigarro durante a gravidez e a abordagem dessa temática nas consultas de pré-natais pelo profissional de saúde, pode possibilitar a difusão dos riscos e malefícios do cigarro para ela e para o seu bebê, uma vez que muitas delas desconhecem os malefícios do tabagismo na gravidez^{11, 15, 23}.

Vale ressaltar que, a capacitação e o treinamento dos profissionais de saúde para o controle do tabagismo e a implementação de programas públicos e privados para apoio ao abandono do hábito de fumar, voltados a esse público alvo, torna-se de extrema relevância, assim como o apoio de amigos e familiares que ofereçam suporte emocional aumentam as possibilidades de cessação desse hábito entre as gestantes^{24, 25}.

CONCLUSÃO

O hábito de fumar é prática frequente entre gestantes e pode trazer várias consequências para o binômio mãe e filho, destacando-se o baixo peso ao nascer, a prematuridade, as mortes perinatais, as doenças cardiovasculares, as malformações congênitas, o menor

aporte de oxigênio e nutrientes, a síndrome alcoólica fetal e o déficit de crescimento, além de aborto e descolamento prematuro de placenta.

Muitas gestantes desconhecem os malefícios do cigarro e encontram dificuldades em abandonar o hábito de fumar. Todavia, o tabagismo encontra-se incorporado na rotina das gestantes com uma iniciação precoce e convívio diário com fumantes. Variáveis sócio demográficas como baixa escolaridade podem estar associadas a frequência e a dificuldade de cessação do seu uso

Deste modo, é de suma importância que os profissionais de saúde estejam qualificados para desenvolvimento de uma assistência eficaz, voltada às gestantes no momento do pré-natal, visando o acolhimento e a orientação sobre os malefícios do tabagismo e a importância do seu abandono.

REFERÊNCIAS

1. ERIKSEN Michael; MACKAY Judith; ROSS Hana. The Tobacco Atlas, Fourth Edition. **Journal American of epidemiology**, v.176, n.12, 2012.
2. ZHANG, Linjie et al. Tabagismo materno durante a gestação e medidas antropométricas do recém-nascido: um estudo de base populacional no extremo sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 9, p. 1768-1776, 2011.
3. PINA, Ana Amélia Martinez. **Intervenção educativa sobre o tabagismo na Unidade Básica de**

- Saúde de União do Oeste-SC.** 2018. 28 f. Monografia (Especialização em alização Multiprofissional na Atenção Básica)- Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2018.
4. ALEXANDRINO, Jonas Sampaio et al. Repercussões neurológicas nos fetos expostos a drogas lícitas durante a gestação: uma reflexão teórica. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 15, n. 1, 2016.
 5. ABCMED. **Fumo e gestação-isso tem consequências negativas.** 2020. Disponível em: <https://www.abc.med.br/p/gravidez/1381458/fumo+e+gestacao+isso+tem+consequencias+negativas.htm>>. Acesso em: 24 mai. 2021.
 6. REIS, Deise Moreira et al. Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 269-276, 2010.
 7. DE PAULA PENA, Janaina Cristina et al. Uso de álcool e tabaco na gestação: influência no peso do recém-nascido. **Revista Saúde-UNG-Ser**, v. 11, n. 1/2, p. 74-82, 2017.
 8. NUNES, Rodrigo Dias; DE CAMPOS, Andressa Caroline Cardoso. Avaliação do hábito tabágico e fatores associados ao tabagismo na gestação. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 44, n. 3, p. 23-36, 2016.
 9. BERTANI, André Luís et al. Preventing smoking during pregnancy: the importance of maternal knowledge of the health hazards and of the treatment options available. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 41, p. 175-181, 2015.
 10. FUJITA, Ângela Tamyne Lopes et al. Características sociodemográficas e psicológicas associadas ao tabagismo na gravidez. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 47, 2021.
 11. DE SANTANA SANTOS, Hávila Thais et al. Os malefícios do uso do tabaco na gestação e suas complicações ao feto. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 9, n. 9, p. 9978-9982, 2015.
 12. DA CRUZ, Joarez; CRUZ, Joscely Gonçalves; DE BORTOLI, Cleunir de Fatima Candido. Percepções de gestantes tabagistas sobre malefícios do tabaco durante a gestação. **Journal of Nursing and Health**, v. 7, n. 2, p. 178-87, 2017.
 13. MARIA, Fernanda Nunes et al. Uso de álcool e tabaco por gestantes em maternidade do sul de Santa Catarina. **ACM arq. catarin. med**, p. 41-61, 2015.
 14. MAIA, Jair Alves et al. Uso de drogas por mulheres durante o período gestacional. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 8, n. 1, p. 25-32, 2019.
 15. LOPES, Natália Machado Costa et al. Tabagismo entre gestantes atendidas em maternidade filantrópica do Município de São Paulo. **O Mundo da Saúde**, v. 39, n. 1, p. 102-112, 2015.
 16. LOPES, Karen Barcelos et al. Prevalência do uso de substâncias psicoativas em gestantes e puérperas. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 11, p. 45, 2021.
 17. SANTANA, Ênale Augusta Silva et al. Drogas ilícitas e lícitas e suas consequências durante a gestação: uma revisão da literatura. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 13, p. e529101321409-e529101321409, 2021.
 18. RODRIGUES, Alesandro Lima; DE SOUZA, Denisa Rosa; DE LIMA BORGES, Jovane. Consequências do

uso de álcool e cigarro sobre o binômio mãe-feto. **DêCiência em Foco**, v. 2, n. 1, p. 53-62, 2018.

19. PEIXOTO, Luciana Manoel Monteiro. **Tabagismo durante a gravidez**. 2014. 57 f. Monografia (Projeto de Graduação em Enfermagem)- Universidade Fernando Pessoa, 2014.
20. DIAS-DAMÉ, Josiane Luzia; LINDSAY, Ana Cristina; CESAR, Juraci Almeida. Cessação do tabagismo na gesta o: estudo de base populacional. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, p. 03, 2019.
21. DOS SANTOS, Jander Neves et al. A orienta o de enfermagem a gestantes que fazem uso de álcool e tabaco: The guidance of nursing the pregnant women that make use of alcohol and tobacco. **Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem**, v. 4, n. 10, p. 05-11, 2014.
22. LAI, Ming-Cheng et al. Tobacco use and environmental smoke exposure among Taiwanese pregnant smokers and recent quitters: risk perception, attitude, and avoidance behavior. **International journal of environmental research and public health**, v. 10, n. 9, p. 4104-4116, 2013.
23. MOTTA, Kaynara Maria Chenini; LINHARES, Maria Beatriz Martins. Perfil das Gestantes Usuárias de  lcool/Drogas e os Efeitos na Saúde e Desenvolvimento dos Filhos. **Revista Intera o em Psicologia**, Curitiba, v. 19, n. 1, p. 133-44, 2016.
24. LEOPÉRCIO, Waldir; GIGLIOTTI, Analice. Tabagismo e suas peculiaridades durante a gesta o: uma revisão crítica. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 30, n. 2, p. 176-185, 2004.
25. SIQUEIRA, Lucíola D.'Emery; MAEDA, Sayuri Tanaka. Tabagismo na gravidez: um estudo qualitativo da rotina de gestantes. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 11, n. supl 6, p. 2612-2619, 2017.

**ATUAÇÃO DA CLÍNICA ESCOLA DE ENFERMAGEM DO CENTRO UNIVERSITÁRIO
UNINORTE FRENTE A COVID 19: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**
**PERFORMANCE OF THE NURSING SCHOOL OF THE UNINORTE UNIVERSITY
CENTER IN FRONT OF COVID 19: AN EXPERIENCE REPORT**

Manoella da Silva Moura^{1*}, Hannacrisle Gomes dos Santos², Jaluza Sinara Souza de
Carvalho¹, Mediã Barbosa Figueiredo³, Abigail Gonçalves da Silva²

1. Acadêmica do curso de enfermagem, Centro Universitário Uninorte, AC, Brasil.
2. Enfermeira e docente da Clínica Escola do Centro Universitário Uninorte, AC, Brasil.
3. Enfermeira, Coordenadora do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Uninorte, AC, Brasil.

***Autor correspondente:** mouramannu@gmail.com

RESUMO

Introdução: Covid-19 é uma doença viral ocasionada pelo vírus Sars-Cov-2, caracterizada por sintomas leves ou que podem levar a óbito, sendo de extrema relevância o uso de medidas educativas preventivas para evitar a disseminação da doença. **Método:** Refere-se a pesquisa descritiva do tipo quali - quantitativa, elaborado de acordo com a vivência dos acadêmicos e supervisores da Clínica Escola de Enfermagem do Centro Universitário Uninorte, em Rio Branco - Acre, durante o período de outubro de 2020 a maio de 2021. **Relato e discussão:** seguindo as orientações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a qual propôs que todo e qualquer profissional, ao atuar com atendimento ao paciente com Covid-19, estivesse devidamente treinado, foram realizados treinamentos para 127 alunos, entrega de 1.105 kits de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e vacinação, dentre outras ações direcionadas aos discentes que estariam realizando as últimas vivências na rede básica e hospitalar. **Conclusão:** A Clínica Escola de Enfermagem do Centro Universitário Uninorte contribuiu com ações educativas e preventivas contra a covid-19, através da realização de treinamentos visando a um melhor manejo dos EPIs, montagem e distribuição de 1.105 kits EPIs e administração da vacinação contra o novo coronavírus em 127 alunos concludentes do curso.

Palavra-chave: Covid- 19, Equipamentos de Proteção Individual, Enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: Covid-19 is a viral disease caused by the Sars-Cov-2 virus, characterized by mild symptoms or that can lead to death. It is extremely important to use preventive educational measures to prevent the spread of the disease. **Method:** This study is a descriptive qualitative - quantitative research, prepared according to the experience of academics and supervisors of the Clinical School of Nursing at Centro Universitário

Uninorte, in Rio Branco - Acre during the period from October 2020 to May 2021. **Report and discussion:** following the guidelines of National Health Surveillance Agency (ANVISA), in which it proposed that each and every professional when working with patient care with covid-19 was properly trained, training was carried out for 127 students, delivery of 1,105 kits of Individual Protection (PPE) and vaccination, among other actions aimed at students who would be performing their last experiences in the basic and hospital network. **Conclusion:** The Clinical School of Nursing of the Uninorte University Center, contributed with educational and preventive actions against covid-19, through training aimed at better handling of PPE, assembly and distribution of 1,105 PPE kits and administration of vaccination against the new coronavirus in 127 graduating students of the course.

Keyword: Covid- 19, EPIs, Nursing.

INTRODUÇÃO

A Covid-19 é uma doença viral ocasionada pelo vírus Sars-Cov-2, caracterizada por sintomas como coriza, dor na garganta, dispneia, havendo manifestações clínicas diferenciadas em cada indivíduo infectado, podendo ter sintomas respiratórios graves, levando a óbito¹. A transmissão ocorre principalmente através de gotículas respiratórias e fômites, denominados como quaisquer objetos ou veículos capazes de transportar o agente infeccioso².

De acordo com o Painel do Coronavírus da Organização Mundial da Saúde (OMS), há confirmado até o momento do estudo 166.860.081 (cento e sessenta e seis milhões oitocentos e sessenta mil e oitenta e um) casos no mundo e 16.047.439 (dezesesseis milhões quarenta e sete mil e quatrocentos e trinta e nove) casos registrados no Brasil³. No Acre, de acordo com de 1º de maio de 2021,

emitido pela Secretaria de Estado de Saúde do Acre (SESACRE), o número de infectados foi de 81.505 (oitenta e um mil quinhentos e cinco) casos e 1.642 (mil seiscentos e quarenta e duas) mortes em todo o Estado⁴.

Diante desse cenário, torna-se relevante o uso de medidas preventivas para evitar a disseminação da doença, das quais se destacam: manter distanciamento social, uso de álcool em gel ou álcool a 70% em superfícies possivelmente contaminadas, e o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), como máscara cirúrgica, óculos de proteção ou protetor facial, avental impermeável, especialmente para aqueles que atuam na linha de frente^{5,6}. Concomitantemente ao uso de EPIs, a imunização por meio da vacina é considerada um método preventivo eficaz, visto que reduz internações e casos graves da covid-19⁷. Sabe-se que as vacinas são compostas por RNA ou DNA

viral ou bacterianos do agente etiológico, sendo capazes de produzir uma resposta imune no indivíduo receptor, gerando dessa forma imunidade parcial ou total do indivíduo ao entrar em contato com o patógeno⁸.

Analisando o panorama da pandemia e as formas de prevenção mais adequadas até o momento, foram ofertadas aos trabalhadores diversas formas de atualizações a respeito da doença e a forma como sua transmissibilidade poderia ser reduzida, uma vez que o processo de vacinação é lento^{9,10}. Para que isso fosse possível, houve um esforço mútuo tanto da gestão dos serviços de saúde em disponibilizar treinamentos, oficinas e palestras, como da parte dos profissionais em estarem dispostos a receber novos conhecimentos que seriam de extrema necessidade para realização de suas atividades diárias em todos os níveis de atenção à saúde¹¹.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) foi de fundamental importância nesse contexto, pois, seguindo as orientações do Ministério da Saúde e Organização Mundial da Saúde, disponibilizou conteúdo científico sobre a doença, bem como as atualizações necessárias no cuidado ofertado ao paciente pela equipe de saúde na linha de frente, visando à diminuição da contaminação e disseminação viral¹⁰.

Dentre os profissionais atuantes no contexto pandêmico, destacam-se aqueles que ainda estão concluindo a graduação, acadêmicos de Enfermagem em estágio supervisionado^{12,13}.

Diante disso, a capacitação e orientação aos concludentes é de vital importância para que sejam ofertados serviços de qualidade e, acima de tudo, que ofereçam segurança tanto para o paciente como para o acadêmico. Contudo, o objetivo do estudo é descrever as ações educativas e preventivas realizadas pela Clínica Escola de Enfermagem do Centro Universitário Uninorte frente à pandemia de Covid-19.

MATERIAL E MÉTODO

Refere-se a um relato de experiência, descritivo do tipo qualitativa, elaborado de acordo com a vivência na Clínica Escola de Enfermagem do Centro Universitário Uninorte no período pandêmico atual, por parte dos acadêmicos de enfermagem do estágio remunerado e a equipe de supervisão dos mesmos, durante o período de outubro de 2019 a maio de 2021, com exceção de alguns informes oficiais da Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde, cujo ano varia de acordo com a publicação destes, sendo a atualização realizada somente de acordo com as necessidades.

O embasamento teórico tanto para a prática das ações educativas e preventivas quanto para a confecção do relato de experiência se deu a partir de artigos científicos oriundos da base de dados da Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE), National Library of Medicine (PUBMED), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Periódicos da Capes e informes do *site* oficial da Organização Mundial da Saúde, Ministério da Saúde, Anvisa e Decretos Nacionais instituídos durante o período da Pandemia de Covid-19.

A princípio, foram definidos os descritores: Educação em Saúde, COVID-19 e Enfermagem; posteriormente, foram validados pelos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Os critérios de inclusão selecionados foram: textos completos, idioma inglês, espanhol e português, últimos 3 (três) anos e que estivessem associados à temática em questão.

Após uso dos descritores nas bases de dados, foram encontrados 4 (quatro) artigos na Pubmed, 272 (duzentos e setenta e dois) na BVS, 5 (cinco) Scielo, 62 (sessenta e dois) nos Periódicos da Capes e 9 (nove) informes disponibilizados pela Organização Mundial da Saúde, Ministério da Saúde, ANVISA e Decretos Nacionais. Em seguida, com a leitura dos títulos,

excluíram-se na Pubmed 2 (dois), 260 (duzentos e sessenta) na BVS e 60 (sessenta) da Capes, incluindo os repetidos nas bases de dados.

Posteriormente foi realizado a leitura dos resumos, sendo descartado 1 (um) artigo na Pubmed restando ao final 1 (um), 8 (oito) na BVS restando ao final 4 (quatro), 1 (um) na Scielo restando ao final 4 (quatro), 1 no Periódico da Capes restando ao final 1 (um) e 0 (zero) da Organização Mundial da Saúde, Ministério da Saúde, ANVISA e decretos nacionais restando 9 (nove) artigos. Por fim, com a conclusão da leitura dos resumos foram selecionados 19 (dezenoves) artigos/informes finais para produção do artigo sobre a atuação da Clínica Escola de Enfermagem do Centro Universitário Uninorte frente a Covid-19: um relato de experiência.

Os dados quantitativos foram coletados durante o mesmo período que se segue à pesquisa e tabulados em Planilhas *online* do Google Drive, alimentados por toda a equipe da pesquisa.

RELATO E DISCUSSÃO

LOCALIZAÇÃO, FUNCIONAMENTO E ATUAÇÃO DA CLÍNICA

A Clínica Escola de Enfermagem do Centro Universitário Uninorte localiza-se na BR 364, Km 02, Alameda Alemanha 200, Jardim Europa, Bloco D, Térreo, no

município de Rio Branco - Acre. Atualmente funciona de segunda à sexta, nos horários das 7h às 18h, ou de acordo com as necessidades da Instituição. A clínica é categorizada como uma Unidade Básica de Saúde, realizando serviços como: prevenção e acompanhamento de doenças crônicas (Diabetes Mellitus I e II, Obesidade e Hipertensão Arterial), estes através da verificação e controle de glicemia capilar, IMC e pressão arterial, curativos simples e complexos, administração de medicamentos (conforme prescrição médica), atendimentos de urgência e emergência no campus da Instituição, consultas de enfermagem, realização de exame Preventivo de Câncer de Colo Uterino (PCCU), testes rápidos (HIV, Sífilis, Hepatite C e Hepatite B), ações sociais na comunidade, que envolvem palestras e atendimentos de enfermagem, além da organização quantitativa e preparo de kits de EPIs para atender alunos em campo de estágio supervisionado I (Rede Hospitalar) e II (Rede Básica) do curso de enfermagem, que especialmente no período de pandemia (Covid-19) houve um aumento considerável na demanda.

ESTÁGIO SUPERVISIONADO I E II

Para Ximenes Neto e colaboradores¹⁴ a formação superior em enfermagem exige diversos aspectos no que se refere à formação integral do profissional

enfermeiro, abrangendo inicialmente uma base sólida teórica que permita potencializar uma prática diversificada que ofereça serviços excepcionais à comunidade, propondo um futuro profissional responsável com os desígnios da profissão e a ciência do cuidado, ao mesmo tempo que reflita um protagonismo junto às entidades políticas de saúde, evidenciando lideranças plausíveis, dignas de reconhecimento social¹⁴.

Desse modo, a grade curricular deve permear de forma efetiva uma abordagem voltada para o ensino teórico e prático, formando acadêmicos aptos a prestarem um atendimento humanizado e integral ao paciente¹⁴.

Portanto, durante a finalização do processo da formação, é disponibilizada ao aluno a vivência no estágio supervisionado, sendo de extrema relevância, este é considerado o momento de instituir vivência profissional ainda dentro do vínculo educacional, sendo considerado a última oportunidade de se reavaliarem os conhecimentos do futuro enfermeiro obtidos durante toda a graduação, além de contribuir para o desenvolvimento dos saberes adquiridos nas disciplinas teóricas¹⁵.

No Centro Universitário Uninorte, o Estágio supervisionado é dividido em I e II, cujos são realizados no 8º e 9º períodos

da graduação, respectivamente, sendo as últimas atuações práticas do acadêmico antes de sua formação profissional. Tais estágios são realizados no ambiente hospitalar (supervisionado I) e atenção básica (supervisionado II), ambos possuindo uma carga horária de 440 (quatrocentos e quarenta) horas podendo ser cumprida em 3 (três) meses, ocasião em que os acadêmicos irão desenvolver todo o conhecimento teórico prático obtido no decorrer do curso.

Os estágios contemplam unidades de saúde da família como: Mariano Gonzaga II, Maria de Fátima, Luana Freire, Centro de Saúde Vila Ivonete, Rosângela Pimentel, São Francisco, Unidade de Referência de Atenção Primária Hidalgo de Lima, Claudio Vitorino, Roney Meireles, dentre outros, para os acadêmicos do supervisionado na atenção básica, e Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), Pronto Socorro, Unidades de Terapia Intensiva, enfermarias, centros cirúrgicos e outros, para aqueles que estão em estágio hospitalar.

De acordo com a coleta de dados, no decorrer dos 2 (dois) últimos semestres (2020.2 e 2021.1), houve cerca de 127 (cento e vinte e sete) acadêmicos de enfermagem em campo de estágio, distribuídos entre as Unidades de Saúde após liberação da Secretaria Municipal de

Saúde, que dispõe sobre os locais para a realização da vivência teórico-prática e quantidade de alunos para cada campo.

CAPACITAÇÃO REFERENTE A UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

Com a atual situação mundial, houve a necessidade de incentivar e colaborar com a segurança dos profissionais de saúde, a qual está diretamente ligada ao aumento ou diminuição de contaminação cruzada no ambiente intra e extra-hospitalar¹⁴. De acordo com estudos realizados pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), profissionais da saúde são o grupo mais exposto ao vírus SarsCov - 2, correspondendo ao total de 1.197 (mil cento e noventa e sete) óbitos até março de 2021, sendo que destes, 646 (seiscentos e quarenta e seis) foram profissionais da enfermagem, necessitando de ações preventivas que resguardem a equipe quando da realização dos atendimentos ao paciente contaminado¹⁵.

Diante disso e seguindo as orientações da ANVISA, que propõem que todo e qualquer profissional, ao atuar com atendimento ao paciente esteja devidamente treinado e capacitado, o curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Uninorte, através da Clínica Escola de Enfermagem,

desenvolveu uma série de ações direcionadas para os alunos que estariam realizando as últimas vivências na rede básica e hospitalar⁹.

A nota técnica da ANVISA, GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020, foi disponibilizada em 30 de janeiro de 2020 e de acordo com a necessidade foram realizadas algumas alterações, sendo a última feita em 25 de fevereiro de 2020¹⁰. Seguindo as atualizações, a equipe da Clínica Escola de Enfermagem realizou o treinamento por 2 (duas) vezes, de acordo com as orientações do Comitê de Acompanhamento Especial da Covid-19 por meio da publicação da Resolução nº 02, de 03 de julho de 2020 e a Resolução nº 06, de 03 de setembro de 2020 pelo governo, que dispõe sobre o retorno das atividades de alguns setores, entre as quais a Clínica Escola de Enfermagem Uninorte.

O primeiro treinamento foi realizado em 09/09/2020, e o segundo em 04/03/2020 para os alunos que entraram em campo em 2020.2 e 2021.1 respectivamente. Os horários foram pré-estabelecidos e divididos, para que fossem utilizados apenas 20% da capacidade local de acordo com a quantidade de alunos e a capacidade total do auditório. Ao adentrar no ambiente da capacitação, cada aluno recebeu um kit de materiais necessários para realizar o treinamento, o qual inclui:

máscara PFF2, máscara cirúrgica descartável, avental de 20g, touca, *face shield*, luvas descartáveis e álcool em gel. Para realizar o treinamento, utilizou-se um modelo teórico-prático que envolvia os seguintes aspectos:

Conhecimentos prévios sobre: Covid-19, formas de contaminação e métodos preventivos (Higienização das mãos, paramentação e desparamentação). Tais métodos foram ministrados com a utilização de slides claros, objetivos e ilustrados, oferecendo ao ouvinte/aluno uma associação visual do conteúdo ministrado com a realidade.

Prática de métodos preventivos: foram abordadas de forma prática as técnicas corretas de paramentação e desparamentação e higienização das mãos, diferenciando e explicando também os tipos de Equipamentos de proteção individual, sua função, como e quando usá-los.

MONTAGEM E ENTREGA DE EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (HOSPITALARES E REDE BÁSICA)

Atualmente, sabe-se da real necessidade da segurança ao profissional no atendimento. De acordo com Antunes e colabores¹⁸, ao ser realizado um estudo que descreve os relatos por parte dos profissionais que trabalham frente à Covid-19, estes concluíram que as

principais dificuldades reportadas dizem respeito a falta de conhecimento a respeito dos testes diagnósticos para Covid-19 e oferta reduzida dos mesmos, bem como o acesso restrito aos EPIs¹⁸.

Portanto, além da capacitação teórico-prática, foram disponibilizados kits individuais para que eles utilizassem no período do estágio aos alunos já preparados para irem a campo. Os kits

foram entregues a cada 7 (sete) dias para cada acadêmico conforme assinatura de recebimento. Além da assinatura, era confirmado o local de estágio, data em que estavam fazendo a retirada, bem como quais materiais presentes no kit. Estes eram montados de acordo com as necessidades de cada campo de vivência, porém de modo geral pode ser descrito de acordo com o quadro a seguir (1):

Quadro 1: Descrição dos kits de EPIs. Rio Branco, Acre. 2021.

Supervisionado I		Supervisionado 2	
Uni	Descrição	Uni	Descrição
01	Face shield (entregue apenas uma unidade, pois é reutilizável);	01	Face shield (entregue apenas uma unidade, pois é reutilizável);
10	Toucas descartáveis;	10	Toucas descartáveis;
24	Pares de luvas descartáveis tamanho M;	24	Pares de luvas descartáveis tamanho M;
10	Aventais descartáveis de 40g;	10	Aventais descartáveis de 20g;
14	Máscaras cirúrgicas descartáveis;	14	Máscaras cirúrgicas descartáveis;
01	Máscara PFF2, distribuída a cada 10 dias, ou de acordo com a necessidade	01	Máscara PFF2, distribuída a cada 15 dias, ou de acordo com a necessidade

De acordo com a análise dos dados, durante o período de setembro/2020 a maio/2021, foram distribuídos 1.105 (mil cento e cinco) kits hospitalares e de rede básica. A entrega e tabulação dos materiais entregues foram realizadas mediante anotação em planilhas do *Excel online*, sendo alimentada pelos funcionários e estagiários remunerados da Clínica Escola de Enfermagem.

VACINAÇÃO DOS ACADÊMICOS

A vacinação soma-se a uma das medidas educativas e preventivas instituídas pela coordenação do curso e administradas pela Clínica Escola de Enfermagem em conjunto com a

Secretaria Municipal de Saúde de acordo com as orientações do Ministério de Saúde e ANVISA.

Sabe-se que no Brasil, após a compra do primeiro lote de vacinas, o Ministério da Saúde, através no Programa Nacional de Imunização (PNI), disponibilizou em 16 de dezembro de 2020 o Informe Técnico - Campanha Nacional de Vacinação contra a Covid-19, que dispõe sobre as diretrizes e orientações técnicas e operacionais para a estruturação e operacionalização da campanha nacional de vacinação contra a covid-19¹⁶.

De acordo com o proposto no informe técnico e seguindo os grupos prioritários

por ele estabelecidos, os acadêmicos foram contemplados com as doses da vacina (CoronaVac) no dia 07 de abril de 2021, por se enquadrarem no grupo prioritário “Trabalhadores dos serviços de saúde públicos e privados”, tanto da urgência quanto da atenção básica, envolvidos diretamente na atenção/referência para os casos suspeitos e confirmados de Covid-19¹⁹.

CONCLUSÃO

A Clínica Escola de Enfermagem do Centro Universitário Uninorte contribuiu com ações educativas e preventivas contra a Covid-19, através da realização de treinamentos visando um melhor manejo dos EPIs, proporcionando a redução do risco de contaminação, montagem e distribuição de 1.105 (mil cento e cinco) kits com EPIs e administração da vacinação contra o novo coronavírus em 127 (cento e vinte e sete) alunos concludentes do curso, enfatizando a necessidade da adaptação aos desafios propostos, oferecendo segurança para o prestador de serviços, bem como para o receptor de cuidados, agindo de acordo com as diretrizes e orientações propostas pelas entidades de saúde Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde.

Salienta-se ainda a necessidade de mais ações de caráter educativo nas

instituições prestadoras de serviços de Saúde, uma vez que a diminuição do contágio, tanto da Covid-19, como de outras doenças, pode ser amenizado utilizando medidas preventivas.

REFERÊNCIAS

1. BRITO, L. L.; SIMONVIL, S.; GIOTTO, A. C. Autonomia do profissional de enfermagem diante da covid-19: revisão integrativa
Autonomy of the nursing professional before the covid-19: integrative review. **Rev Iniciação Científica e Extensão**. 2020;3(2):420–37.
2. KARIMZADEH, S.; BHOPAL, R.; HUY, N. T. Preprints (www.preprints.org) | NOT PEER-REVIEWED | Posted: 25 July 2020
1. **Rev Infect dose, routes Transm outcome COVID-19 caused by SARS-COV2 virus Comp with other Respir viruses**. 2020;(July):1–20.
3. OMS. Organização Mundial da Saúde. **Corona Vírus - Base de dados. 2021**. Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em: 01 mai 2021.
4. ACRE. Secretaria Estadual de Saúde do Acre. **Boletim de casos confirmados - Covid 19. Boletim - Acre. 2021**. Disponível em: <http://covid19.ac.gov.br/monitoramento/srag>. Acesso em: 01 mai 2021.
5. CONEGLIANI, T. V.; UEHARA, S. C. de S.; MAGRI, M. A. Prevenção de contágio por covid-19 na exposição ocupacional em saúde: **revis. Cuid Enferm**. 2020;14(2):156–63.

6. DE OLIVEIRA, W. K. *et al.* Como o Brasil pode deter a COVID-19. *Epidemiol e Serv saude* **Rev do Sist Unico Saude do Bras.** 2020;29(2):e2020044.
7. LIMA, E. J. da F.; ALMEIDA, A. M.; DE ÁVILA, R. Vacinas para COVID-19 - o estado da arte. **Rev Bras Saúde Matern Infant.** 2021;21:21–7.
8. OMS. Organização Panamericana de Saúde. **Cartilha de Vacinas: para quem quer mesmo saber das coisas.** 2003. p. 40.
9. BRASIL. Portaria nº 639, de 31 de março de 2020. **Dispõe sobre a Ação Estratégica "O Brasil Conta Comigo - Profissionais da Saúde"**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, v. 118, n. 118, p. 12345. 02 abr. 202. Seção 1, pt. 76 .
10. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Nota técnica - Covid-19. Atualizações Covid -19. 2021.** p. 1–92. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nt-07-2020_covid-em-servicos-saude_. Acesso em 01 mai 2021.
11. MAGALHÃES, T. M. RELATO DE EXPERIÊNCIA **Reflexões sobre a pandemia COVID-19 e ações de educação permanente em enfermagem num hospital** Reflections on the COVID-19 pandemic and continuing education actions in nursing in a hospital Reflexiones sobre la pandemia COVID-19 y acc. 2020;1(3):1–6.
12. BARBOSA, I. E. B *et al.* Procedimentos e técnicas de enfermagem realizadas durante a pandemia de COVID-19. **Rev Eletrônica Acervo Enferm.** 2021; 1(9): 1 - 6.
13. FRANZOI, M. A. H.; CAUDURO, L. F. Atuação de estudantes de enfermagem na pandemia de covid-19. **Cogitare Enferm.** 2020; 25 (1): 1-9.
14. XIMENES, F. R. G. *et al.* Reflections on Brazilian nursing education from the regulation of the unified health system. **Cienc e Saude Coletiva.** 2020;25(1):37–46.
15. DE NEGREIROS, R. V.; LIMA, V. C. Importância Do Estágio Supervisionado Para O Acadêmico De Enfermagem No Hospital: Compartilhando Experiências Vivenciadas Com a Equipe De Trabalho. **Rev Da Univ Val Do Rio Verde.** 2018;16(2):1–7.
16. ANJOS, L. M. dos *et al.* Riscos de infecção cruzada frente a pandemia do COVID-19 em âmbito odontológico: o que há de mais recente na literatura? **Rev Eletrônica Acervo Saúde.** 2020;12(9): 1-9.
7. COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Óbito de profissionais de saúde. Morte de Profissionais de saúde 2021.** Disponível em: http://www.cofen.gov.br/brasil-perde-ao-menos-um-profissional-de-saude-a-cada-19-horas-para-a-covid_85778.html. Acesso em 25 mar 2021.
18. ANTUNES, C.M.T.B. *et al.* **Relato de experiência dos atendimentos de enfermagem em triagem para o diagnóstico da**

**Covid-19 em profissionais da
saúde. 2020; 23 (269): 4777-4780**

19. BRASIL. Ministério da Saúde (BR).
**Operacionalização Da Vacinação
Contra a Covid-19.** 6ª. Secretaria
de Vigilância em Saúde, editor.
Brasília; 2021. 189 p.

