

THE BEST ARTICLES OF THE
**I SEVEN INTERNATIONAL
MEDICAL AND NURSING
CONGRESS**



ORGANIZADORES: Maricelia Maia de Lima, Fernanda de Oliveira Souza, Erenilde Marques de Cerqueira, Isadora Cristina de Siqueira, Luiz Carlos Junior Alcântara

THE BEST ARTICLES OF THE
**I SEVEN INTERNATIONAL
MEDICAL AND NURSING
CONGRESS**



ORGANIZADORES: Maricelia Maia de Lima, Fernanda de Oliveira Souza, Erenilde Marques de Cerqueira, Isadora Cristina de Siqueira, Luiz Carlos Junior Alcântara

EDITORA CHEFE

Prof^o Me. Isabele de Souza Carvalho

EDITOR EXECUTIVO

Nathan Albano Valente

ORGANIZADOR DO LIVRO

Maricelia Maia de Lima
Fernanda de Oliveira Souza
Erenilde Marques de Cerqueira
Isadora Cristina de Siqueira
Luiz Carlos Junior Alcântara

2022 by Seven Editora
Copyright © Seven Editora
Text Copyright © 2022 The Authors
Edition Copyright © 2022 Seven Editora

PRODUÇÃO EDITORIAL

Seven Publicações

EDIÇÃO DE ARTE

Alan Ferreira de Moraes

BIBLIOTECÁRIA

Aline Grazielle Benitez

IMAGENS DE CAPA

AdobeStok

ÁREA DO CONHECIMENTO

Ciências da saúde

O conteúdo do texto e os seus dados na sua forma, correção e fiabilidade são da exclusiva responsabilidade do autor, e não representam necessariamente a posição oficial de Seven Eventos Acadêmicos e Editora. A obra pode ser descarregada e partilhada desde que seja dado crédito ao autor, mas sem a possibilidade de a alterar de qualquer forma ou de a utilizar para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos a avaliação cega por pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade académica.

Sete Publicações está empenhada em assegurar a integridade editorial em todas as fases do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas com o mais alto padrão de rigor académico e ético.



O conteúdo deste Livro foi submetido pelo autor para publicação de acesso aberto nos termos e condições da Licença Creative Commons 4.0 International Attribution

EQUIPE EDITORIAL

EDITORA CHEFE

Prof^o Me. Isabele de Souza Carvalho

EQUIPE EDITORIAL

Pedro Henrique Ferreira Marçal. Vale do Rio Doce University

Adriana Barni Truccolo- State University of Rio Grande do Sul

Marcos Garcia Costa Morais- State University of Paraíba

Mônica Maria de Almeida Brainer - Federal Institute of Goiás Campus Ceres

Caio Vinicius Efigenio Formiga - Pontifical Catholic University of Goiás

Egas José Armando - Eduardo Mondlane University of Mozambique.

Ariane Fernandes da Conceição- Federal University of Triângulo Mineiro

Wanderson Santos de Farias - Universidad de Desarrollo Sustentable

Maria Gorete Valus -University of Campinas

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Seven International Medicical and Nursing Congress
(1. : 2022 : São José dos Pinhais, PR)
I Seven International Medicical and Nursing
Congress [livro eletrônico] / [organização Seven
Eventos Acadêmicos e Editora]. -- 1. ed. --
São José dos Pinhais, PR : Seven Events, 2022.
PDF.

Vários autores.
Bibliografia.
ISBN 978-65-997403-6-7

1. Medicina e saúde 2. Medicina - Congressos
I. Título.

22-134555

CDD-610

Índices para catálogo sistemático:

1. Medicina e saúde 610

Aline Graziele Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra **DECLARAM** para os seguintes fins que:

1. Não possui qualquer interesse comercial que enseje um conflito de interesses em relação ao conteúdo publicado;
2. Declara que participou ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente nas seguintes condições: "a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão; "
3. Certifica que o texto publicado está completamente isento de dados e/ou resultados fraudulentos e vícios de autoria;
4. Confirma a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas;
5. Reconhece ter informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa;
6. Autoriza a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Seven Publicações Ltda.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Seven Publicações Ltda DECLARA, para fins de direitos deveres e eventuais acepções metodológicas ou jurídicas, que:

1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, constituindo direito sobre a publicação e reprodução dos materiais. Não se responsabilizando solidariamente na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; Sendo única e exclusivamente responsabilidade do (s) autor (es) a verificação de tais questões autorais e outras, se eximindo portando a Editora de eventuais danos civis, administrativos e penais que surjam.
2. Autoriza A DIVULGAÇÃO DA OBRA, pelo (s) autor (es) em palestras, cursos eventos, shows, meios midiáticos e televisivos, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial, com a apresentação dos devidos CRÉDITOS a SEVEN PUBLICAÇÕES Ltda, podendo ser responsabilizado o autor (es) e divulgadores pela omissão/apagamento de tais informações;
3. Todos os e-book são open access, desta forma não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de e-commerce, ou qualquer outro meio virtual ou físico. Sendo, portanto, isenta de repasses de direitos autorais aos autores, vez que o formato não enseja demais direitos que não os fins didáticos e publicitários da obra que podem ser consultados a todo momento.
4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro;
5. A Seven Eventos Acadêmicos, não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra, em conformidade ao Marco Civil da Internet, a Lei Geral de Proteção de Dados e a Constituição da República Federativa.



AUTORES

Adriana Santos
Ana Gabriela Tressmann Andrade
Ana Luiza Pazinato Vago
Anne Cristine Neves Souza
Bárbara Luanna Lopes Silva
Beatriz Farias Agres Carvalho
Bianca Barros Canhamaque Amorim
Bruna Corrêa Nogueira
Camila Borges Siqueira Campos
Camila Melo de Freitas
Camila Moreira Ferrari
Camila Segal Cruz
Catarina Gavinhos
Cristina Carrondo e Elsa Alves
Dara Boa Morte David
Diego Francisco Degiovanni Benítez
Diogo Ordones Delfraro
Erenilde Marques de Cerqueira
Evandro Oliveira Campos
Fernanda Akemi Cavalcanti Ura
Fernanda de Oliveira Souza
Fernando Araújo de Oliveira
Fernando Sluchensci dos Santos
Francisco Rodrigues
Gleyson Murillo Aguilera Moraes
Hudson Rocha
"Inês Ribeiro"
Isadora Cristina de Siqueira
Joana Liberal
Luís David Fonseca
Luiz Carlos Junior Alcântara
Manuel Martins
Marcella Seguro Gazzinelli
Maricelia Maia de Lima
Mellânia Rodrigues Goveia
Milena Almeida de Carvalho
Patricia Coelho
Patrícia Coelho
Renan Felipe Pereira Gonçalves
Samantha da Luz Souza
Silvio Rodrigo Arevalos Davalos
Tania Toyomi Tominaga
Tauanne Fernanda dos Santos

SUMÁRIO

Desigualdades e a Síndrome Congênita do Zika



Maricelia Maia de Lima, Fernanda de Oliveira Souza, Erenilde Marques de Cerqueira, Isadora Cristina de Siqueira e Luiz Carlos Junior Alcântara

  [10.56238/tbcmdv1-001](https://doi.org/10.56238/tbcmdv1-001)

.....1-14

Desafios no atendimento aos surdos nos serviços de atenção básica em saúde



Evandro Oliveira Campos, Anne Cristine Neves Souza e Beatriz Farias Agres Carvalho

  [10.56238/tbcmdv1-002](https://doi.org/10.56238/tbcmdv1-002)

.....15-21

Perfil clínico e repercussões sobre o nível de ansiedade, estresse e depressão em pacientes portadores de feridas crônicas submetidos ao tratamento com terapia fotodinâmica: estudo de corte transversal



Fernando Sluchensci dos Santos, Samantha da Luz Souza, Renan Felipe Pereira Gonçalves e Tania Toyomi Tominaga

  [10.56238/tbcmdv1-003](https://doi.org/10.56238/tbcmdv1-003)

.....22-29

Síndrome de Burnout: a doença da classe médica moderna



Tauanne Fernanda dos Santos, Fernando Araújo de Oliveira, Diego Francisco Degiovanni Benítez, Camila Borges Siqueira Campos e Silvio Rodrigo Arevalos Davalos

  [10.56238/tbcmdv1-004](https://doi.org/10.56238/tbcmdv1-004)

.....30-35

Rapid Immune Tests SARS-COV-2 – An Experience in Beira Baixa



Francisco Rodrigues, Patrícia Coelho, Joana Liberal, Manuel Martins, Catarina Gavinhos, Adriana Santos, Inês Ribeiro, Cristina Carrondo e Elsa Alves

  [10.56238/tbcmdv1-005](https://doi.org/10.56238/tbcmdv1-005)

.....36-44

Epidemiologia dos suicídios entre adolescentes no Brasil durante o período de 2015 a 2019



Dara Boa Morte David, Bárbara Luanna Lopes Silva, Camila Melo de Freitas, Camila Segal Cruz, Diogo Ordones Delfraro, Fernanda Akemi Cavalcanti Ura e Camila Moreira Ferrari

  [10.56238/tbcmdv1-006](https://doi.org/10.56238/tbcmdv1-006)

.....45-50

Estudo do perfil eletrocardiográfico em judocas



Patricia Coelho, Hudson Rocha e Francisco Rodrigues

  [10.56238/tbcmdv1-007](https://doi.org/10.56238/tbcmdv1-007)

.....51-64

A importância do tratamento da dermatite atópica na saúde e qualidade de vida de crianças e adolescentes



Bianca Barros Canhamaque Amorim, Bruna Corrêa Nogueira, Ana Gabriela Tressmann Andrade, Marcella Seguro Gazzinelli e Ana Luiza Pazinato Vago

  [10.56238/tbcmdv1-008](https://doi.org/10.56238/tbcmdv1-008)

.....65-68

A realidade da hipotensão ortostática numa população portuguesa – estudo PPABB



Luís David Fonseca, Patricia Coelho e Francisco Rodrigues

  10.56238/ tbcmdv1-009

.....69-80


A importância do cuidado continuado do paciente esquizofrênico na atenção básica: um relato de caso

Mellânia Rodrigues Goveia, Tauanne Fernanda dos Santos, Gleyson Murillo Aguilera Moraes, Milena Almeida de Carvalho e Camila Borges Siqueira Campos

  10.56238/ tbcmdv1-010

.....81-84

Desigualdades e a Síndrome Congênita do Zika

Crossref  10.56238/tbcmdiv1-001

Maricelia Maia de Lima

Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, Brazil;
Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana, Bahia,
Brazil

Fernanda de Oliveira Souza

Universidade Federal do Recôncavo Baiano, Santo Antônio
de Jesus, Bahia, Brazil

Erenilde Marques de Cerqueira

Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, Brazil

Isadora Cristina de Siqueira

Instituto Gonçalo Moniz- Fiocruz, Salvador, Bahia, Brazil

Luiz Carlos Junior Alcântara

Laboratório de Genética Celular e Molecular, ICB,
Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte,
Minas Gerais, Brazil; 6Laboratório de Flavivírus, Instituto
Oswaldo Cruz Fiocruz, Rio de Janeiro, Brazil.

RESUMO

Objetivo: descrever as características sociodemográficas, econômicas e maternas envolvidas na Síndrome Congênita do Zika (SCZ) no período de 2015 a 2018 em Feira de Santana, Bahia. **Metodologia:** Estudo de corte transversal, com famílias de crianças com SCZ. Utilizou-se questionário com variáveis clínicas, socioeconômicas, demográficas, maternas e do recém-nascido. Os dados foram analisados através de frequências absolutas e relativas. **Resultados:** A média de idade das mães de crianças com SCZ foi de 26 anos, 90,3% pretas e pardas, 51,6% possuíam ensino médio incompleto. Com relação a ocupação apenas 16,1% mantiveram os seus vínculos empregatícios. 72,4% recebiam um salário mínimo. Sobre o parto 77,4% realizaram o parto na rede pública de saúde. Das crianças 51,6% eram do sexo masculino, nascidos com idade gestacional materna ≥ 37 semanas (80,6%) e perímetro

cefálico ≤ 30 cm (60,5%) **Discussão:** O contexto das desigualdades sociais pode contribuir para o processo saúde-doença, resultando em distintos perfis epidemiológicos e de acesso aos serviços de saúde. **Considerações:** O estudo evidencia condições de vulnerabilidade e traz resultados que podem fornecer subsídios para o planejamento de ações efetivas para crianças com a SCZ e suas famílias.

Palavras chaves: Virus Zika, desigualdade social e condições de vida.

ABSTRACT

Objective: to describe the sociodemographic, economic, and maternal characteristics involved in Congenital Zika Syndrome (SCZ) in the period from 2015 to 2018 in Feira de Santana, Bahia. **Methodology:** Cross-sectional study, with families of children with SCZ. A questionnaire with clinical, socioeconomic, demographic, maternal and newborn variables was used. Data were analyzed using absolute and relative frequencies. **Results:** The average age of mothers of children with SCZ was 26 years, 90.3% black and brown, 51.6% had incomplete high school. Regarding occupation, only 16.1% kept their jobs. 72.4% earned a minimum wage. Regarding childbirth, 77.4% gave birth in the public health network. Of the children 51.6% were male, born with maternal gestational age ≥ 37 weeks (80.6%) and cephalic perimeter ≤ 30 cm (60.5%) **Discussion:** The context of social inequalities can contribute to the health-disease process, resulting in distinct epidemiological profiles and access to health services. **Considerations:** The study highlights conditions of vulnerability and brings results that can provide subsidies for planning effective actions for children with SCZ and their families.

Keywords: Zika virus, social inequality and living conditions.

1 INTRODUÇÃO

Em 2015 o Brasil registrou uma epidemia de Zika e em outubro do mesmo ano o país foi surpreendido com o aumento dos casos de microcefalia em recém-nascidos (RN), cujas mães referiram uma doença exantemática durante a gestação¹. Diante deste cenário, em um curto período de tempo foram confirmadas as primeiras evidências científicas desta associação^{2,3,4} que para além da microcefalia, revelaram um conjunto de alterações congênitas caracterizando a Síndrome Congênita do Zika (SCZ)⁵.

O estado de Pernambuco (epicentro da epidemia de microcefalia) foi o mais atingido e o primeiro a emitir o alerta para o Ministério da Saúde (MS) que declarou situação de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN)¹ e logo em seguida a Organização Mundial da Saúde (OMS) classificou o evento como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII)¹.

Apesar da região nordeste do Brasil não ter registrado o maior número de casos de Zika, observou-se maior concentração de casos de microcefalia em RN nessa região, que conjuntamente somaram 88,4% do total de casos registrados no país, enquanto que a região sudeste registrou apenas 8,7% dos casos⁶. Essas diferenças regionais, chamam atenção para a possibilidade de que outros fatores para além dos biológicos, possam ter contribuído para essa concentração de casos.

Ao longo do tempo as sucessivas mudanças na forma de pensar a doença e a preocupação com a saúde geraram uma nova concepção baseada na determinação social do processo saúde e doença^{7,8,9,10}. Nasce então, um novo modelo explicativo para se compreender o processo do adoecimento, na medida em que se vincula os fatores biológicos aos sociais. Com isso emerge a concepção de que a natureza social da doença não se verifica unicamente pela doença clínica, mas na especificidade do processo de adoecer e morrer dos diferentes grupos e das suas condições de vida¹¹.

Nessa perspectiva, os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como fatores determinantes e condicionantes o acesso a alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, atividade física, transporte, lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais¹².

Apesar da relação causal entre infecção por ZIKV na gestação e a ocorrência da SCZ em RN^{2,13,14} já estar cientificamente consolidada, não se exclui a possibilidade que outros fatores, somados à condição clínica, determinantes do processo saúde doença presentes no contexto social das famílias, possam ter influência na distribuição dos casos nas diferentes regiões do Brasil. Desta forma, torna-se importante conhecer e avaliar o contexto socioeconômico e ambiental dessas famílias.

Historicamente, o controle de doenças transmitidas por vetores, nos grandes centros urbanos sempre foi um desafio para a saúde pública brasileira, pois a incidência dessas doenças é maior nas populações residentes em áreas com problemas de saneamento básico, como a falta de água encanada e coleta de lixo, e onde as condições de vida são mais precárias e de alta exposição aos vetores infectados¹⁵.

O município de Feira de Santana, registra casos de dengue desde 1995¹⁶, em 2014 foi o primeiro município do Brasil a confirmar a transmissão autóctone do vírus chikungunya pelo genótipo Leste-Centro-

Sul Africano (ECSA)¹⁷, em 2015 registrou uma epidemia de Zika e o aumento de casos de microcefalia^{18,19} e detectou em 2016 a presença do ZIKV em amostras de sangue e urina de um RN com SCZ²⁰. Além da circulação simultânea da dengue, chikungunya e Zika, o clima e as condições socioeconômicas locais favorecem a proliferação do mosquito *Aedes aegypti* transmissor dessas arboviroses.

Ainda existem poucos estudos abordando a relação entre a SCZ e as condições sociais, econômicas e demográficas das famílias. A maioria dos estudos, ainda limitam-se a apresentar as características clínicas e laboratoriais da doença.

Por isso, o objetivo deste estudo foi descrever as características sociodemográficas, econômicas, maternas e do RN envolvidas na SCZ no período de 2015 a 2018 em Feira de Santana, Bahia.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de corte transversal, envolvendo as famílias de crianças com SCZ em Feira de Santana, Bahia no período de 2015 a 2018. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), município possui uma população de 622. 639 mil habitantes, sendo que cerca de 91,7% vive na zona urbana. Com clima subtropical, é considerada segunda maior cidade do Estado, em virtude do número de habitantes e sua importância geoeconômica²¹.

Foram incluídas neste estudo, mães de crianças com confirmação da SCZ, acompanhadas no Ambulatório Municipal de Infectologia Pediátrica do município de Feira de Santana. Desta forma, a amostra foi selecionada por conveniência.

Os casos suspeitos de SCZ foram identificados a partir do Sistema de informação do RESP Microcefalia (Resposta de Emergência em Saúde Pública) do município e foram previamente avaliados por uma equipe multidisciplinar e submetidos a exames laboratoriais e de imagens para identificação de possíveis lesões cerebrais compatíveis com a SCZ.

Foram considerados casos confirmados de SCZ aqueles com diagnóstico laboratorial positivo para ZIKV através de biologia molecular ou exames sorológicos específicos identificados em amostras clínicas de sangue do RN e/ou da mãe, bem como os casos confirmados por exame de neuroimagem (ultrassonografia, tomografia computadorizada ou ressonância magnética) com alterações cerebrais compatíveis com SCZ e que não dispunham de resultados laboratoriais específicos para o ZIKV e não tinham confirmação laboratorial para nenhuma das infecções por sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, parvovírus B19 e vírus herpes conforme protocolo estabelecido pelo MS¹.

A coleta de dados foi realizada entre 2016 a 2018, durante visitas domiciliares em horários e datas previamente agendados ou no Ambulatório Municipal de Infectologia Pediátrica das Infecções Congênicas. Foi utilizado um questionário semiestruturado contendo as variáveis clínicas, socioeconômicas, demográficas, maternas e do RN. De forma complementar foram coletados dados dos prontuários referentes ao parto, resultados de exames de imagem e laboratoriais, além de informações do cartão da gestante.

As informações coletadas deram origem a um banco de dados que foi armazenado no software Microsoft Excel 2013 e serviram de base para as primeiras correções e posteriormente os dados foram transportados para o programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 22.0, onde foram realizadas as análises estatísticas.

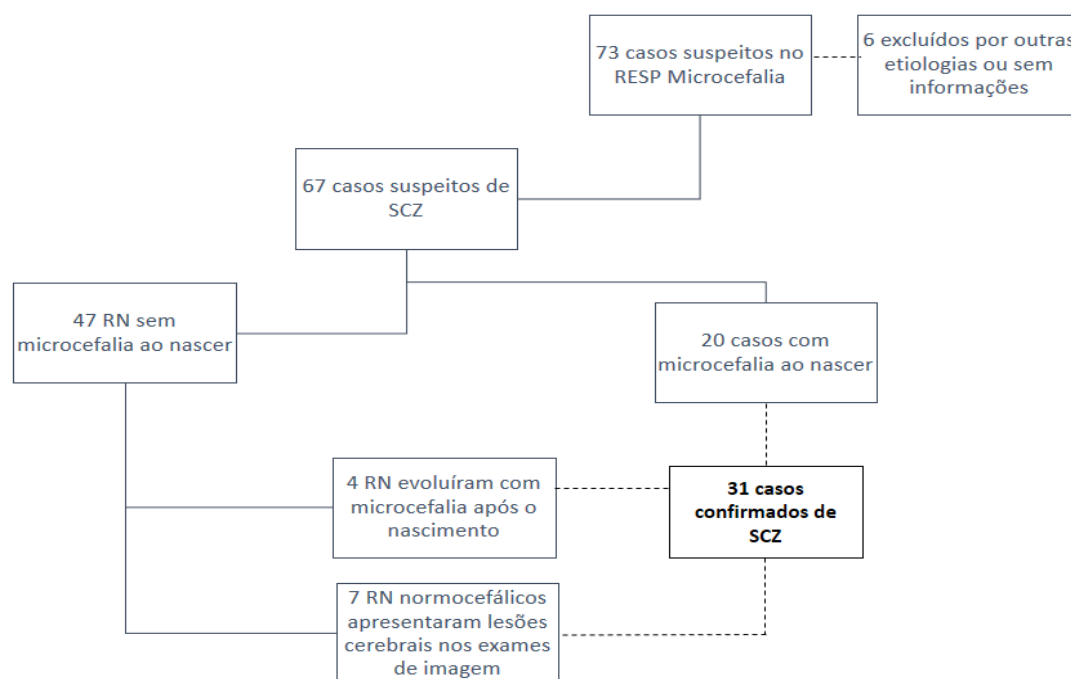
Os dados analisados, foram apresentados através de frequências absolutas e relativas, relacionadas às variáveis analisadas.

Este estudo está de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro de Pesquisas Gonçalo Moniz/Fiocruz/ BA, sob o parecer número 1.100.349.

3 RESULTADOS

Foram identificados 73 casos suspeitos de SCZ, no entanto, dois foram excluídos por confirmarem a infecção congênita por outros agentes etiológicos e quatro por estarem com informações incompletas, não sendo possível fazer a identificação dos endereços. Portanto, 67 casos foram avaliados e deste total, 31 recém-nascidos (RN) foram confirmados como SCZ conforme fluxograma de investigação (Figura 1).

Figura 1. Fluxograma de investigação e classificação dos casos suspeitos de SCZ, Feira de Santana, Bahia 2015 a 2018.



Fonte: Sistema de Informação RESP-Microcefalia de Feira de Santana, Bahia, Brasil.

A média de idade das mães de crianças com SCZ foi de 26 anos, 90,3% delas se auto declararam pretas e pardas, 51,6% possuíam ensino médio incompleto e 32,2% não tinham companheiro. Com relação a ocupação antes do nascimento da criança 67,7 % trabalhavam fora em diversas profissões (profissional liberal, autônoma, trabalhadora rural, serviços gerais e administrativos) e após o nascimento da criança apenas 16,1% mantiveram os seus vínculos empregatícios formais.

No que se refere à renda familiar 72,4% recebiam um salário mínimo por mês e apenas 32,2% possuíam casa própria. Com relação as condições de saneamento básico 93,5% das famílias possuíam água encanada nos domicílios, 77,4% referiram que a coleta de lixo era feita em dias alternados, 58,0% possuíam rede de esgoto e todas tinham acesso à energia elétrica nos seus domicílio.

Tabela 1. Características sociodemográficas de mães e RN com SCZ, Feira de Santana- BA, 2015 a 2018.

Características sociodemográficas	n	(%)
Idade em anos (Média ± dp)	26,03 ± 5,78	
Faixa etária materna		
15 a 18 anos	4	12,90
19 a 23 anos	6	19,35
24 a 28 anos	11	35,48
29 ou mais	10	32,25
Raça/cor da pele		
Branca	3	9,67
Pretas e Pardas	28	90,32
Estado civil		
Com companheiro	21	67,74
Sem companheiro	10	32,25
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	10	32,25
Ensino médio incompleto	16	51,61
Ensino médio completo	3	9,67
Ensino superior	2	6,45
Renda familiar		
Menos de 1 salário mínimo	4	12,90
1 salários mínimos	16	51,61
Entre 2 e 4 salários mínimos	11	35,47
Habitação		
Casa própria	10	32,25
Casa alugada	7	22,58
Casa emprestada	4	12,90
Outros	10	32,25
Coleta de lixo		
Diária	4	12,90
Dias alternados	24	77,41
Sem coleta de lixo	3	9,67
Abastecimento de água		
Com abastecimento	29	93,54
Sem abastecimento	2	6,45
Energia elétrica		
Com energia elétrica	31	100,00
Sem energia elétrica	-	-
Rede de esgoto		
Com rede de esgoto	18	58,06
Sem rede de esgoto	13	41,93
Ocupação antes do nascimento do RN		
Do lar	10	32,25
Outras ocupações	21	67,74
Ocupação após o nascimento do RN		
Do lar	28	90,32
Outras ocupações	3	16,12

Com relação as características maternas relacionadas ao comportamento social e de acesso a serviços de saúde (Tabela 2), 45,1% gestantes não fizeram o número mínimo de 6 consultas durante o pré-natal, 80,6% apresentaram exantema na gestação e destas, 51,6% foram no primeiro trimestre.

Mais da metade das mães 67,7% receberam o diagnóstico de microcefalia ou outras alterações, no pré e pós-parto. 77,4% das mulheres realizaram o parto na rede pública de saúde. Com relação ao acesso aos benefícios sociais disponibilizados pelo governo federal para pessoas com deficiência 80,6% mães já recebiam o Benefício de Prestação Continuada (BPC).

Tabela 2. Características clínicas, comportamentais, de acesso a serviços e políticas públicas de saúde de mães de RN com SCZ, Feira de Santana- BA, 2015 a 2018.

Variáveis Maternas	(n)	(%)
Nº de consulta Pré-natal		
Menos de 6 consultas	14	45,16
6 consultas e mais	17	54,83
Exantema na gestação		
Sim	25	80,64
Não	07	22,58
Trimestre do exantema (n=25)		
1º trimestre	16	64,0
2º trimestre	06	24,0
3º trimestre	03	12,0
Momento da detecção da microcefalia		
Durante o pré-natal	10	32,25
No momento do parto	15	48,38
Depois do parto	6	19,35
Serviço de Saúde utilizado		
Público	24	77,41
Plano de Saúde Privado	1	3,22
Público e Privado	6	19,35
Número de filhos		
1	15	48,38
2 a 3	15	48,38
Mais de 4	1	3,22
Uso de fumo na gestação		
Sim	-	100
Não	31	-
Uso de bebidas alcoólicas na gestação		
Sim	1	3,22
Não	30	96,77
Uso de drogas ilícitas na gestação		
Sim	-	100
Não	31	-
Contato com inseticidas		
Sim	1	3,22
Não	30	96,77
Acesso aos benefícios do governo (BPC)		
Com benefício social	25	80,64
Sem benefício social	6	19,35

Ao abordar as características das crianças com SCZ, 51,6% eram do sexo masculino, nascidos com idade gestacional materna ≥ 37 semanas (80,6%), perímetro cefálico ≤ 30 cm (60,5), apresentando peso adequado (87,1) e comprimento ao nascer ≤ 47 cm (57,0%) (Tabela 3).

Tabela 3. Características antropométricas de RN com SCZ, Feira de Santana, 2015 a 2018.

Variáveis do Recém-Nascido	(n)	(%)
Sexo (n=31)		
Masculino	16	51,6
Feminino	15	48,4
Idade gestacional ao nascer (n=31)		
Até 36 semanas	6	19,4
≥ 37 semanas	25	80,6
Perímetro cefálico ao nascer (n=31)		
≤ 30cm	20	60,5
Maior que 30cm	11	35,5
Peso ao nascer (n=31)		
Baixo peso (<2.500g)	4	12,9
Peso adequado (≥ 2500g)	27	87,1
Comprimento ao nascer (n=30)		
≤ 47cm	17	57,0
Maior que 47cm	13	43,0

4 DISCUSSÃO

As características sociodemográficas maternas apontadas no estudo, mostram que a maioria das famílias possuíam baixas condições socioeconômicas, as mães eram jovens, pardas e pretas, donas de casa, desempregadas, com baixa escolaridade e dependentes dos serviços públicos para assistência à saúde dos filhos. Esses achados assemelham-se a outros estudos onde se observou que a maioria das mulheres encontravam-se em idade reprodutiva, eram pobres, nordestinas residentes nos estados da Bahia, Paraíba, Pernambuco e do Rio Grande do Norte, regiões economicamente menos desenvolvidas e que em conjunto totalizaram 72% dos casos de SCZ já registrados no país^{22,23}

Segundo Diniz (2016), a epidemia de Síndrome Congênita do Zika no Brasil, tem geografia e classe social²⁴. Com isso, a autora chama atenção para as desigualdades sociais existentes no país e o risco do seu aprofundamento, já que as famílias acometidas, vivem a muito tempo em condições de vulnerabilidade social mantendo um ciclo de pobreza.

Outro estudo sobre o perfil sociodemográfico das mães revelou que a epidemia da Síndrome Congênita do Zika não foi equânime e atingiu, preferencialmente, mulheres de baixa renda e de estratos sociais desfavorecidos². Nesse sentido, acredita-se que o adoecimento possa ser determinado pelas desigualdades sociais e do acesso aos serviços de saúde existentes no país.

Neste estudo, mais da metade das mulheres que desenvolviam alguma atividade laboral, tornaram-se do lar. Isso decorreu em parte por conta da necessidade da total dependência dos filhos que precisam de inúmeros cuidados a saúde a depender do grau de comprometimento de cada um. Em outros estudos foi demonstrado que as mulheres foram dispensadas pelos empregadores por conta das faltas ao trabalho decorrentes das necessidades advindas das limitações dos seus filhos^{22,23}.

Entre cuidadores principais de crianças com diagnóstico de microcefalia pós Zika, estudados em Salvador, 80,5% eram mães e destas, 31,71% estavam desempregadas²⁵.

No que se refere as condições de moradia o estudo evidencia que a maioria das famílias não possuem casa própria, gerando despesas adicionais com pagamento de aluguel o que pode precarizar ainda mais as condições de vida dessas famílias.

No Brasil existem diferentes problemas relacionados as condições de moradia. Cerca de 7,9% da população com renda per capita baixa tem gastos excessivos com aluguel que iguala ou supera cerca de 30% do rendimento domiciliar²⁶. Essas despesas impactam significativamente no orçamento doméstico e compromete outras necessidades essenciais incluindo as de saúde e educação. O que se observa é que as condições de moradia nos grandes centros urbanos brasileiros ainda é excludente e marginaliza grupos sociais desfavorecidos que pela condição socioeconômica muitas vezes são obrigados a construir suas moradias em locais insalubres e desprovidos de infraestrutura e de saneamento básico²⁶.

Com relação ao acesso a água potável, apesar da maioria das famílias terem água encanada nos domicílios, a necessidade de armazenamento em pequenos reservatórios devido à interrupção frequente no fornecimento, a deficiência no recolhimento e destino do lixo, as falhas no controle do mosquito *Aedes Aegypti* e as condições climáticas da região, também são fatores que contribuem para a proliferação do vetor e conseqüentemente manutenção da doença nesses locais com maiores iniquidades sociais. Portanto, esse é mais um estudo em que é possível perceber que as condições precárias de vida das pessoas estão intimamente relacionadas a diferentes formas de viver, adoecer e morrer²⁷.

Chama atenção o percentual de mulheres que não realizaram o número mínimo de consultas pré-natais preconizadas pelo MS. O acesso ao pré-natal de forma sistematizada por profissionais capacitados pode prevenir riscos à saúde da mãe e do feto.

Através da Política de Humanização e Nascimento lançada pelo Ministério da Saúde no ano de 2000, buscou-se garantir o acesso e qualidade do pré-natal, mas ao se avaliar a mesma política observou-se que o conjunto de atividades assistências recomendadas pelo MS atingiu apenas uma parcela mínima de mulheres gestantes²⁸, revelando ineficaz no seu alcance.

No presente estudo a baixa escolaridade e o nível socioeconômico encontrados também podem ter interferido no número de consultas no pré-natal, assim como a dificuldade de deslocamento para o serviço de saúde.

Nesse estudo a maioria das mães só receberam a informação que seu filho tinha microcefalia pouco tempo antes do parto ou após o nascimento. Um estudo semelhante realizado com mulheres Pernambucanas revelou que muitas delas quando tiveram os sintomas da Zika foram apenas informadas que se tratava de uma “virose”³.

A estratificação da população em classes sociais hierárquicas reflete o contexto de iniquidade social e gera a distribuição desigual e injusta dos recursos materiais, ambientais, psicossociais e biológicos disponíveis na sociedade²⁷. Esse contexto de desigualdade social resulta, conseqüentemente, em distintos perfis epidemiológicos e de acesso aos serviços de saúde. Portanto, o Brasil, apesar de ser considerado um dos países emergentes, contraditoriamente abriga o estigma de manter enormes desigualdades sociais²⁷.

Nesse contexto, emergem nos grupos sociais mais frágeis as mais diversas doenças e agravos à saúde que afetam predominantemente essas populações mais pobres e vulneráveis, e que contribui por sua vez para a perpetuação dos ciclos de desigualdades e de exclusão social. Esses agravos chamados “doenças da pobreza” ou doenças negligenciadas, afetam bilhões de pessoas no mundo, que vivem em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento.

Além de demonstrar as características maternas, o estudo revelou que a maioria dos recém-nascidos estudados eram do sexo masculino, com nascimento a termo, apresentando peso adequado ao nascer e perímetro cefálico reduzido e comprimento ao nascer ≤ 47 cm.

Estudos desenvolvidos com crianças acometidas pela SCZ divergem quanto ao sexo do RN^{29,30}, mas grande parte das pesquisas demonstrarem maior prevalência no sexo feminino^{29,31,32}. O estudo aqui tratado não apresentou grandes variações entre os sexos, variando apenas um caso entre o masculino e feminino.

Maior parte das crianças estudadas nasceram a termo e com peso adequado, o que converge com estudos já realizados²⁹, sendo um ponto positivo já que outros achados vêm demonstrando a possibilidade do nascimento prematuro³³ e baixo peso ao nascer^{30,34}, o que poderá levar a um maior comprometimento somado a condição da SCZ.

Conhecer as características sociodemográficas e econômicas relacionadas as genitoras e crianças com SCZ é um importante ponto de partida para melhor compreender a influência desses fatores na vida das famílias brasileiras atingidas por esse recente problema de Saúde Pública.

Como limitações deste trabalho pode-se citar a dificuldade de acesso aos exames específicos para o diagnóstico laboratorial e confirmação etiológica dos casos de infecção congênita pelo ZIKV, além do baixo número de publicações envolvendo os aspectos abordados nesse estudo.

5 CONCLUSÃO

O estudo além de evidenciar as condições de vulnerabilidade já existentes, chama atenção para a tendência do seu aprofundamento pela presença marcante da SCZ no contexto familiar. As várias limitações que afetaram essas crianças, muitas vezes irreversíveis e incapacitantes, aliado às questões sociais a que estão expostas tende a aumentar a precarização das condições de vida das famílias.

Evidenciou-se que o processo saúde-doença apresenta simultaneamente caráter social e biológico de forma mais abrangente e marcante e não a mera descrição biológica da doença. Portanto, cabe ao estado brasileiro assegurar os direitos constitucionais preconizados pelo Sistema Único Brasileiro (SUS) que prevê a “saúde como direito de todos e dever do estado”³⁵ e como resultante das condições de vida para a promoção do bem-estar social da população, incluindo nesse contexto as famílias e crianças vítimas da SCZ.

Portanto os resultados apresentados nesse estudo podem fornecer subsídios para o planejamento de ações efetivas que garantam uma rede de proteção social para crianças com SCZ e suas famílias, incluindo

o acesso a assistência à saúde de qualidade e as demais políticas públicas que possam dar condições para as crianças com SCZ viverem com dignidade.

AGRADECIMENTOS

Meus sinceros agradecimentos a todas as participantes do estudo que contribuíram imensamente nessa para a construção. Agradecemos também as instituições colaboradoras da pesquisa (Universidade Estadual de Feira de Santana, Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana, Instituto Gonçalo Moniz- Fiocruz, Salvador e Instituto Oswaldo Cruz Fiocruz, Rio de Janeiro, Brazil.

REFERENCIAS



1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.813, de 11 de novembro de 2015. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) por alteração do padrão de ocorrência de microcefalias no Brasil. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2015 nov 12; Seção 1:51. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1813_11_11_2015.html.
2. de Araújo TV, Rodrigues LC, de Alencar Ximenes RA, et al. Association between Zika virus infection and microcephaly in Brazil, January to May, 2016: preliminary report of a case-control study. *Lancet Infect Dis* 2016. Epub September 15, 2016.
3. Souza WV de, Araújo TVB de, Albuquerque M de FPM, MC Braga, Ximenes RA de A, Miranda-Filho D de B, et al. Microcefalia no Estado de Pernambuco, Brasil: características epidemiológicas e avaliação da acurácia diagnóstica dos pontos de corte adotados para a notificação de caso. *Cad. Saúde Pública*. 2016; 32: 1-7. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00017216>.
4. França GVA, Schuler-Faccini L., Oliveira WK, Henriques CMP, Carmo EH, Pedi VD, et al. Síndrome congênita do zika vírus no Brasil: uma série de casos dos primeiros 1501 nascidos vivos com investigação completa. *Lancet*. 2016; 388: 891- 7. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30902-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30902-3).
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional: procedimentos para o monitoramento das alterações no crescimento e desenvolvimento a partir da gestação até a primeira infância, relacionadas à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas dentro da capacidade operacional do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_integradas_vigilancia_atencao_emergencia_saude_publica.pdf.
6. Souza WV, Albuquerque MFPM, Vazquez E, Bezerra LCA, Mendes ADCG, Lyra TM, et al. Microcephaly epidemic related to the Zika virus and living conditions in Recife, Northeast Brazil. *BMC Public Health*. 2018;18(1):130. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5039-z>.
7. Almeida-Filho, N. A problemática teórica da determinação social da saúde. In: Nogueira, R P (org.). *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro. Cebes, 2010. Disponível em: <http://www.cebes.org.br/media/File/Determinacao.pdf>.
8. Castellanos, PL. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida. Considerações conceituais. In: *Condições de Vida e Situação de Saúde* (Org. Rita Barradas Barata). Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997. (Itens I, II e V).
9. Costa, AM. Determinação social da saúde: um tema potente na mobilização social pelo direito à saúde? *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, 2009, 33(83): 443-446. Disponível em: <http://cebes.org.br/publicacao/v-33-n-83-setembrodezembro-de-2009/>.
10. Fleury-Teixeira, P. Uma introdução conceitual à determinação social da saúde. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, 2009, 33(83). Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406345800005>.
11. Teixeira JC, Pungirum MEMC. Análise da associação entre saneamento e saúde nos países da América Latina e do Caribe, empregando dados secundários do banco de dados da Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS. *Rev. Brazil Epidemiol* 2005; 8:365-76. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2005000400005>.

12. BRASIL. Lei complementar nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, set. 1990.
13. Rasmussen SA, DJ Jamieson, Honein MA, Petersen LR. Vírus Zika e defeitos congênitos - Revendo as evidências de causalidade. *N Engl J Med.* 2016; 374: 1981.
14. Thália V BA, Ricardo AAX, Demócrito BM, et al. Association between microcephaly, Zika virus infection, and other risk factors in Brazil: final report of a case-control study. *The LANCET*, V. 18, Number 3p227-356, e64-e106.
15. Machado, J P; Oliveira, RM; Souza-Santos, R. Análise espacial da ocorrência de dengue e condições de vida na cidade de Nova Iguaçu, Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2009, 25(5):1025-1034. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000500009>.
16. Feira de Santana. Plano de Contingência da Dengue, Chikungunya, Zika e Febre Amarela de Feira de Santana – Bahia, 2019. Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana-Bahia, Brasil, 2019.
17. Nunes, M. et al. Emergence and potential for spread of Chikungunya virus in Brazil. *BMC Med.* 30; 13:102. 2015.
18. Lourenco, Jose, et al. "Epidemiological and ecological determinants of Zika virus transmission in an urban setting." *Elife* 6 (2017): e29820.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde, 2015, 46(44).
20. Giovanetti M., Góes de Jesus J., Lima de Maia M., Junior JX et al. Genetic evidence of Zika virus in mother's breast milk and body fluids of a newborn with severe congenital defects. *Clinical Microbiology and Infection*, 24 (10), pp. 1111-1112. (2018).
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, Brasil, 2019.
22. Diniz D. Vírus Zika e mulheres. *Cad. Saúde Pública.* 2016;32(5): e00046316.
23. Linde AR, Siqueira CE. Women's lives in times of Zika: mosquito-controlled lives? *Cad Saúde Pública.* 2018; 34(5):e00178917. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00178917>.
24. Diniz D. Zika: from the Brazilian backlands to global threat. London: Zek Books; 2017.
25. Gonçalves AE, Tenório SDB, FERRAZ PCS. Aspectos socioeconômicos dos genitores de crianças com microcefalia relacionada ao Zika Vírus. *Rev. Pesq. Fisio.* 2018, 8(2):155-166. <http://dx.doi.org/10.17267/2238-2704rpf.v8i2.1865>
26. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE; 2016. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>.
27. Barbosa IR, Costa ICC. A determinação social no processo de adoecimento no contexto das populações negligenciadas [Internet]. Recife (PE): Portal DSS-Nordeste; 2013 Mar 27. Disponível em:

<http://dssbr.org/site/opinioes/a-determinacao-social-no-processo-de-adoecimento-no-contexto-das-populacoes-negligenciadas/>.

28. Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TG. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2004 Oct [cited 2020 Jan 19]; 20(5): 1281-1289. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500022>.
29. Cruz TAR; Silva FC; Santos SEM. PERFIL CLÍNICO, SOCIODEMOGRÁFICO E FUNCIONAL DOS LACTENTES COM MICROCEFALIA ATENDIDOS NO SETOR DE TERAPIA OCUPACIONAL DE UM CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO. 69ª Reunião Anual da SBPC - 16 a 22 de julho de 2017 - UFMG - Belo Horizonte/MG. Disponível em: http://www.sbpnet.org.br/livro/69ra/resumos/resumos/3120_16fe617d671a2801bacd0298f53c577a1.pdf
30. Abreu TT, Novais MCM, Guimarães, ICB. Crianças com microcefalia associada à infecção congênita pelo vírus Zika: características clínicas e epidemiológicas num hospital terciário. *Rev. Ciênc. Méd. Biol.*, 2016,15(3):426-433. <http://dx.doi.org/10.9771/cmbio.v15i3.18347>
31. Martins RS, Fróes MH, Saad LC, Ignácio Junior SM, Prado WDA, Figueiredo EM, et al. Descrição dos casos de síndrome congênita associada à infecção pelo ZIKV no estado de São Paulo, no período 2015 a 2017. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2018 Set [citado 2020 Jan 19]; 27(3): e2017382. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742018000300012>
32. Marinho F, Araújo VEM, Porto DL, Ferreira HL, Coelho MRS et al. Microcefalia no Brasil: prevalência e caracterização dos casos a partir do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), 2000-2015. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2016 Dez [citado 2020 Jan 19]; 25(4): 701-712. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742016000400004>
33. Lozano CS, Cortez CM, Guillén-Pinto. Incidências de microcefalia neonatal en el Hospital Cayetano Heredia de Lima, 2016 – 2017. *Rev Neuropsiquiatria*. 2019; 82(3):192-196. <https://doi.org/10.20453/rnp.v82i3.3572>
34. Vargas A, Saad E, Dimech GS, Santos RH, Caldas MAV et al. Características dos primeiros casos de microcefalia possivelmente relacionados ao vírus Zika notificados na Região Metropolitana de Recife, Pernambuco. *Epidemiol. Serv Saúde*, 2016, 25(4).
35. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

Desafios no atendimento aos surdos nos serviços de atenção básica em saúde

  10.56238/tbcmdv1-002

Evandro Oliveira Campos

Graduando em Medicina; Faculdade Santo Agostinho de Itabuna;
E-mail: dr.camposevandro@gmail.com

Anne Cristine Neves Souza

Graduando em Medicina; Faculdades Integradas Padrão FIPGBI – AFYA;
E-mail: annecristin4@gmail.com

Beatriz Farias Agres Carvalho

Graduando em Medicina; Faculdade Santo Agostinho de Vitória da Conquista;
E-mail: biafagres@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

O projeto visa demonstrar os desafios na acessibilidade e na inclusão dos Surdos nos serviços de atenção básica em saúde. Para isso, serão abordadas questões referentes a estrutura da atenção primária em saúde, bem como a Unidade Básica de Saúde (UBS), em virtude da ausência de intérprete tradutor de LIBRAS ou de profissional da saúde que possua fluência na Língua Brasileira de Sinais e da falta de recursos para comunicação com o paciente surdo.

Nesse sentido, a problemática desse projeto procura elucidar as falhas na saúde pública, analisar os desafios enfrentados pelos surdos nos serviços de atenção básica em saúde e demonstrar a importância da LIBRAS na promoção da acessibilidade e da inclusão do surdo no atendimento da atenção primária em saúde.

Por fim, através desse estudo será possível perceber se as estruturas da atenção primária de saúde, bem como as Unidades Básicas de Saúde (UBS) estão preparadas para receber pacientes Surdos e deficientes auditivos, tendo em vista a viabilidade da comunicação e a eficácia do atendimento.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Examinar as principais dificuldades enfrentadas pelos surdos nos serviços de atenção básica em saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analisar a importância da LIBRAS e os demais recursos alternativos na promoção da acessibilidade em saúde ao paciente surdo.

Identificar e elucidar as falhas na saúde pública na efetivação do atendimento ao paciente surdo.

3 METODOLOGIA

O método de procedimento a ser adotado será o de observação qualitativa, em que se buscará revisar a literatura publicada de 2009 a 2022 em artigos, dissertações, teses e revistas como objeto de pesquisa, observando-se o ambiente, as barreiras de comunicação e, sobretudo os desafios e as interações da comunidade surda com o serviço básico de atendimento, a fim de compreender em que se funda a problemática e quais as possíveis soluções, também serão utilizados leis e decretos como ferramenta de pesquisa.

Ademais, serão selecionados materiais em inglês e em português na área da saúde e jurídica. As buscas serão realizadas em bases de dados bibliográficos do SciELO, PubMed, Repositórios de universidades, periódicos e outros.

Para auxiliar a seleção dos materiais serão utilizadas as seguintes palavras-chave: Libras. Atenção básica. Saúde pública. Surdez. Atendimento ao surdo. Barreiras na comunicação do surdo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A escolha do tema do projeto foi baseada em duas vertentes: a carência do acervo de pesquisas referentes ao atendimento do sujeito surdo nos serviços de saúde e o déficit nas ações de inclusão do surdo aos serviços de saúde, principalmente à atenção primária, visto que ela é responsável pelo acolhimento da população de forma universal e equitativa, sendo caracterizada como porta de entrada para os serviços de saúde, assim, ela precisa estar preparada para o atendimento do sujeito surdo. Dessa forma, indubitavelmente, fica evidente a importância do tema no que se refere ao atendimento dos surdos nos serviços de saúde.

Além disso, o decreto nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005, que regulamentou a Lei 10.436/02, prevê entre outros pontos a efetivação do atendimento às pessoas surdas ou com deficiência auditiva na rede de serviços do SUS e das empresas que detêm concessão ou permissão de serviços públicos de assistência à saúde, por meio de profissionais capacitados para o uso de Libras ou para sua tradução e interpretação. Sendo assim, é evidente a importância do presente projeto para que pontos como esse não fiquem apenas no âmbito jurídico, mas que sejam colocados em prática.

O projeto em questão possui extrema relevância, seja no âmbito social, seja no científico, uma vez que, além de o projeto elucidar o modo como os pacientes surdos são atendidos, ele contribui com a difusão do tema para a comunidade científica e para a população em geral. Nesse sentido, ele busca demonstrar os desafios de acessibilidade dos surdos e identificar as falhas na saúde pública, as quais impedem que essa comunidade seja atendida de maneira integral.

Assim, a discussão abordada no projeto pretende identificar os entraves no que se refere ao tema em discussão, com o fito de delinear caminhos que irão contribuir para uma transformação na realidade do surdo, sobretudo na atenção básica. Como também, irá aumentar a visibilidade do assunto, inspirando novas pesquisas e descobertas, além de fomentar o debate acerca da problemática em questão

O referencial teórico para esta pesquisa será constituído, inicialmente, por autores que analisam e discutem questões sobre as principais dificuldades enfrentadas pelos surdos nos serviços de atenção básica em saúde, bem como a importância da Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) e dos demais recursos alternativos na promoção da acessibilidade em saúde ao paciente surdo e, assim, identificar e elucidar as falhas na saúde pública na efetivação do atendimento ao paciente surdo.

Nessa perspectiva, a realidade do deficiente auditivo e do sujeito Surdo é repleta de dificuldades, as quais estão, predominantemente, relacionadas à comunicação com a sociedade. Além disso, as barreiras enfrentadas pelos surdos passam despercebidas pelas demais pessoas, visto que elas são de caráter estrutural, ou seja, estão enraizadas na cultura brasileira. Dessa forma, faz-se fundamental a comunicação

entre o profissional da saúde e o paciente surdo, não somente para a identificação de sinais, sintomas e problemas que o acometem, mas também para uma boa relação entre o profissional e o paciente e, conseqüentemente, uma eficaz compreensão do diagnóstico e da comunicação terapêutica (BRITTO; SAMPERIZ, 2010).

A partir dos dados retromencionados, da principal dificuldade encontrada pelo sujeito surdo, foi mencionado que “o bloqueio de comunicação entre Surdos e profissionais da saúde instala-se como um dos grandes obstáculos da comunidade Surda, quando procura serviços de saúde” (FREIRE; PEREIRA, 2016). Uma vez que, uma efetiva comunicação, além de permitir o acolhimento na atenção primária e uma boa relação do profissional de saúde com o paciente, também é fundamental para diagnósticos corretos e um tratamento eficaz, o que promoverá uma maior acessibilidade do sujeito Surdo na Atenção Básica, foco do presente projeto, visto que as unidades básicas se configuram como atenção primária e, assim, são as principais portas de entrada para o sistema único de saúde e têm capacidade para resolver 80% dos problemas de saúde de uma dada população (CAMPOS et. al., 2016).

Ademais, é de extrema relevância considerar o percentual de surdos na população brasileira que, segundo o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), realizado em 2010, foi estimado em 5% da população brasileira, ou seja, cerca de 10 milhões de Surdos em território nacional. Sendo assim, percebe-se a importância de oferecer um atendimento integral e humanizado, que contemple as especificidades da comunidade surda, em seus aspectos linguísticos, culturais e identitários. E, levando em conta que a Língua Brasileira de Sinais é a forma de comunicação e expressão que constitui um sistema linguístico de transmissão de ideias e fatos, oriundos de comunidades de pessoas surdas do Brasil, ela é imprescindível na construção desse atendimento.

Levando em conta o que foi discutido por Marcondes et al. (2019) os profissionais de saúde podem explorar o uso da escrita como ferramenta para mediar a comunicação com o paciente surdo, todavia, estudos demonstraram que mesmo pessoas surdas com pós-graduação apresentam entendimento de leitura a um nível de quarta série, além disso a modalidade escrita da LIBRAS difere da modalidade escrita do português o que também é uma barreira mesmo para os surdos alfabetizados e para a compreensão do profissional que não a conheça.

Por conseguinte, embora a comunicação seja a principal dificuldade do surdo para ter acesso à atenção primária sob perspectiva do sujeito surdo, ela também é a principal dificuldade sob perspectiva do profissional da saúde, “[...] os profissionais alegaram que o não entendimento do que o surdo quer dizer impossibilita o conhecimento da real necessidade do usuário e, por consequência, compromete a prescrição e as orientações sobre cuidados de saúde, [...] os profissionais alegaram que dificilmente é realizado um histórico de saúde satisfatório e que as questões essenciais para a elaboração do diagnóstico frequentemente não são respondidas” (FRANÇA, 2011, pag. 28).

Portanto, conforme o Art. 1º da Lei n° 10.436, de 24 de abril de 2002, a Língua Brasileira de Sinais e outros recursos de expressão a ela associados foram reconhecidos como meio legal de comunicação e

expressão (Brasil, 2002). Contudo, o atendimento médico e os serviços de atenção básica em saúde desacordam com o proposto em papel quando apresenta inúmeras falhas no que se refere à comunicação com o paciente Surdo, sobretudo na falta de intérpretes de LIBRAS nos locais de atendimento e da não habilitação dos profissionais de saúde para se comunicar com os pacientes, seja por meio da Língua de sinais ou de outros recursos.

Além disso, os próprios profissionais de saúde reconhecem que a formação acadêmica é deficiente e que os serviços de saúde são displicentes quanto ao incentivo e promoção de cursos de aperfeiçoamento ou capacitação e que em muitos casos eles solicitam a presença de um familiar ou uma pessoa do convívio diário do usuário que pudesse intermediar a comunicação (FRANÇA, 2011). Outrossim, é importante pontuar que essa solicitação fere o capítulo IX do Código de Ética Médica (CEM) no que se refere ao sigilo profissional.

Nesse sentido, é importante ressaltar que, o profissional tradutor intérprete de LIBRAS deve ser devidamente capacitado, prezando pela veracidade, fidelidade e, principalmente pelo sigilo profissional (SOUZA, 2019). Ademais, o Decreto nº 5.626/2005 tornou obrigatório o atendimento e tratamento adequado aos deficientes auditivos pelas instituições públicas de assistência à saúde, e a inclusão do ensino de LIBRAS como disciplina curricular obrigatória nos cursos de formação de Educação Especial, de Fonoaudiologia e de Magistério (BRASIL, 2005).

Contudo, mesmo que uma estrutura da atenção primária, como uma unidade básica, possua um tradutor intérprete de LIBRAS, isso evidencia a dependência de outras pessoas para acessar os serviços e informações de saúde, ou seja, indubitavelmente, a cidadania do Surdo fica lesada. Por conseguinte, esse prejuízo fica evidente quando o atendimento igualitário na área da saúde não é garantido. Dessa forma, fica notório a importância de ter um profissional capacitado, na unidade, para atender a população surda (TADESCO; JUNGES, 2013).

No que desrespeito aos recursos alternativos, Marcondes et al. (2019) afirma que “[...] alguns médicos, na tentativa de se comunicarem com um paciente surdo, recorrem a leitura labial. Porém, é um recurso muitas vezes superestimado e pode gerar problemas específicos no relacionamento com usuários surdos.” Pois, nem todas as palavras podem ser facilmente compreendidas por meio da leitura labial, além disso, há ainda outros empecilhos, como: os termos médicos, a velocidade da fala, o uso de máscaras e os sotaques.

Diante disso, assim como poderia ocorrer de um surdo precisar ir ao médico, e este não possuir conhecimento prévio acerca da Língua de Sinais e na falta de um intérprete tradutor de LIBRAS para assisti-lo no momento, provavelmente o atendimento será um empecilho tanto para o paciente surdo em explicar o que está sentindo, quanto para o médico compreendê-lo e realizar um diagnóstico. Não obstante, inúmeras outras situações geradas pela falha na comunicação, podendo acarretar risco a saúde e até a vida do paciente Surdo, o que é extremamente preocupante, pois o direito a saúde está diretamente ligado ao direito à vida. Portanto, incontestavelmente, as unidades básicas de saúde necessitam de recursos estruturais para oferecer

um atendimento de qualidade aos Surdos e deficientes auditivos. Visto que, “[...] a relação profissional da saúde e cliente surdo precisa ser melhorada, porque para os surdos o atendimento digno é atingido quando são compreendidos em suas necessidades, efetivando assim a inclusão na saúde. A comunicação estabelecida com os surdos, instaura-se como um dos grandes obstáculos do cuidar em saúde. O bloqueio de comunicação prejudica o vínculo entre profissionais da saúde e surdos, comprometendo o atendimento” (CHAVEIRO; BARBOSA, 2005, p. 422).

5 CONCLUSÕES



Os profissionais de saúde da atenção básica enfrentam desafios para o acolhimento do sujeito surdo em virtude da falta de intérprete da Língua Brasileira de Sinais e de um curso de capacitação em LIBRAS para habilitar os profissionais para atender o paciente surdo diretamente e com privacidade, além da falta de recursos para auxiliar esse atendimento por meio, por exemplo, de recursos tecnológicos.

Dessa forma, a inclusão de intérpretes, como solução a curto prazo, e a capacitação de profissionais de saúde em LIBRAS, como solução a longo prazo, com o fito de respeitar o Código de Ética Médica (CEM) no âmbito da privacidade, é importante. Portanto, essa importância advém do direito à saúde, em que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, Art. 196).

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, Antônio Marcondes de. et al. A dificuldade no atendimento médico às pessoas surdas. **Revista interdisciplinar em ciências médicas**, Belo Horizonte- MG, v. 3, n. 1, p. 1-7, 2019.
- BRASIL. Decreto nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005. Regulamenta a Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002, que dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - Libras, e o art. 18 da Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000. **Diário Oficial União**, Brasília 23 dez 2005. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/decreto/d5626.htm>. (Acessado em 2022)
- BRASIL. Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002.
Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - Libras e dá outras providências. Brasília, 2002. Disponível em : <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2002/L10436.htm>. (Acessado em 2022).
- CAMPOS, Rosana Teresa Onocko. et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp. p. 252-264, 2014.
- FRANÇA, Eurípedes Gil de. **Atenção à saúde do surdo na perspectiva do profissional de saúde**. 2011. 84 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Estadual do Paraíba, Campina Grande, 2011.
- IANNI, Aurea; PEREIRA, Patrícia Cristina Andrade. Acesso da Comunidade Surda à Rede Básica de Saúde. **Revista Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 18, supl.2, p.89-92 2009. Disponível em <<https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18s2/15.pdf>> (Acessado em 2022).
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Censo demográfico 2010: Características gerais da população, religião e pessoas com deficiências**. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
- MIRANDA, Rodrigo Sousa de. **A comunicação não verbal com clientes surdos: um olhar inovador para a enfermagem sobre instrumentos básicos do cuidado**. 2014. 116 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.
- NEVES, Dayane Bevilaqua; FELIPE, Ilana Mirian Almeida; NUNES, Serlyjane Penha Hermano. Atendimento aos surdos nos serviços de saúde: acessibilidade e obstáculos. **Revista Infarma – Ciências Farmacêuticas**, São Luís, v. 28, n. 3, p. 157-165, 2016.
- NÓBREGA, Juliana Donato; MUNGUBA, Marilene Calderaro; PONTES, Ricardo José Soares. Atenção à saúde e surdez: desafios para implantação da rede de cuidados à pessoa com deficiência. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 30, n. 3, p.1-10, 2017.
- PIRES, Hindhiara Freire; ALMEIDA, Maria Antonieta Pereira Tigre. A percepção do surdo sobre o atendimento nos serviços de saúde. **Revista Enfermagem Contemporânea**, Vitória da Conquista – BA, v. 5, n. 1, p.69-76, 2016.
- SOUZA, Monique Ferreira Dias. **Os desafios de acessibilidade dos surdos**. 2019. 61 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Direito) - Faculdade Vale do Gortuba, Nova Porteirinha, 2019.
- TEDESCO, Janaina dos Reis; JUNGES, José Roque. Desafios da prática do acolhimento de surdos na atenção primária. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro vol.29, n.8, p.1685-1689, 2013. Disponível em <<https://www.scielo.br/pdf/csp/v29n8/v29n8a21.pdf>> (Acessado em 2022).

Perfil clínico e repercussões sobre o nível de ansiedade, estresse e depressão em pacientes portadores de feridas crônicas submetidos ao tratamento com terapia fotodinâmica: estudo de corte transversal

  10.56238/tbcmdv1-003

Fernando Sluchensci dos Santos

Samantha da Luz Souza

Renan Felipe Pereira Gonçalves

Tania Toyomi Tominaga

1 INTRODUÇÃO

As feridas crônicas são definidas como qualquer interrupção na continuidade de um tecido corpóreo, em maior ou menor extensão, decorrente de traumas ou de afecções clínicas, que apresenta difícil processo de cicatrização, ultrapassando a duração de seis semanas (ALMEIDA et al., 2016).

Dentre elas, destacam-se as Lesões por Pressão (LP), Úlcera Diabética e Úlcera Vasculogênica Crônica (UVC), que merecem especial atenção, uma vez que são mais frequentes e tendem a estar associadas a doenças comuns na população no Brasil. A prevalência das feridas crônicas varia de acordo com condições e etiologias, como insuficiência venosa, má perfusão arterial, diabetes ou pressão alta (VIEIRA e ARAÚJO, 2018).

Considerada como problema de saúde pública, essas lesões acometem 5% da população adulta no mundo e geram altos custos para os serviços de saúde, já que envolvem desde cuidados domiciliares até internações prolongadas, tratamentos complexos e altos índices de recorrência aos usos de terapias adjuvantes (SHUBHANGI, 2013; DEL POZO, 2018; KRELING, 2021).

Uma ferida crônica pode interferir em diversos aspectos, tanto de ordem física, quanto emocional, ao fazer com que as tarefas realizadas no cotidiano se torne um desafio, produzindo um desequilíbrio psicológico e possivelmente gerar momentos de depressão que dificultam a realização de ações de autocuidado (BARROS et al., 2016).

Para autores como Gayatri et al. (2020), a dor, estresse, mau cheiro, distúrbios do sono e nas atividades de vida diária são as complicações mais comuns em pacientes com feridas. Desta forma, o cuidado com a ferida requer uma abordagem física e psicológica.

Durante o tratamento um dos maiores problemas está relacionado ao surgimento de infecções, pois elas atrasam a cicatrização da lesão e acarretam em prejuízos sistêmicos para o portador (LIMA, 2019).

Como um tratamento potencial e não invasivo, a terapia fotodinâmica (TFD) consiste em fotossensibilizadores, moléculas de oxigênio e excitação à luz. A molécula fotossensibilizadora é ativada pela absorção de luz de um comprimento de onda específico e gera espécies reativas de oxigênio (ROS). A TFD tem atividade antibacteriana de amplo espectro e ação não seletiva, que torna difícil a produção da resistência microbiana (ABRAHAMSE e HAMBLIN, 2016).

2 OBJETIVO

O presente trabalho teve por objetivo descrever o perfil clínico, bem como as repercussões psíquicas de pacientes portadores de feridas crônicas atendidas por um ambulatório de feridas em um município na região centro-oeste do estado do Paraná, participantes da amostra de um projeto de pesquisa de mestrado acadêmico com estudo na área de Terapia Fotodinâmica.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO) com o parecer de número 4.099.153.

Os participantes da pesquisa foram convidados verbalmente a participar do presente estudo, sendo orientados sobre as etapas e procedimentos da coleta de dados, riscos e benefícios em sua participação, sendo essa de forma voluntária e gratuita.

Foram critérios de inclusão para a participação nesse estudo: indivíduos de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos de idade, que tivessem o cognitivo preservado mensurados por meio do Mini Exame de Estado Mental (MEEM), que portassem feridas do tipo crônica e que consentissem em sua participação por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias.

Foram excluídos desta pesquisa: indivíduos com idade inferior a 18 anos de idade, que não obtivessem a pontuação esperada para o seu nível de escolaridade na avaliação por meio do MEEM, que não portassem feridas do tipo crônica e/ou que não realizassem a assinatura do TCLE.

O Mini Exame de Estado Mental (MEEM), empregado para triagem da função cognitiva, é um questionário composto por questões relacionadas à orientação temporal e espacial, registro, atenção e cálculo, lembrança e linguagem. Seu escore pode variar de um mínimo de 0 pontos, o qual indica o maior grau de comprometimento cognitivo dos indivíduos, até um total máximo de 30 pontos, o qual, por sua vez, corresponde à melhor capacidade cognitiva (CHAVES, 2008).

Com intuito de avaliar o grau de ansiedade e depressão, empregou-se o Inventário de Depressão de Beck (IDB) e o Inventário de Ansiedade de Beck (IAB). O IDB é um instrumento composto por 21 itens relacionados a sintomas presentes na depressão (comportamentais, cognitivos, afetivos e somáticos). Já a IAB é constituída por 21 itens referentes a sintomas comuns em quadros de ansiedade, nos quais se solicita que o respondente indique o quanto foi acometido por cada sintoma durante a semana que passou, numa escala de 4 pontos, variando de 0 (não) a 3 (severamente). O escore total do IDB pode variar de 0 a 63, a partir da soma dos itens. No presente estudo empregou-se as versões do IDB e do IAB adaptadas para a população brasileira por Cunha (SAMPAIO, OLIVEIRA e PIRES, 2020; CUNHA, 2001).

Para a mensuração do estresse percebido, utilizou a Escala de Estresse Percebido (EEP) em sua versão traduzida e validada para a língua portuguesa. O resultado total da escala é o somatório das pontuações dos 10 itens, que podem variar de 0 a 40 pontos (LUFT et al., 2007).

Os dados coletados foram tabulados em planilhas no aplicativo Excel da empresa Microsoft Office e descritos em média e desvio padrão, apresentados em forma de tabelas.

4 DESENVOLVIMENTO

Participaram do presente estudo 4 (quatro) voluntários com idade média de $58,2 \pm 12,57$ anos, os quais tiveram suas identidades cegadas, intituladas como P1 (Paciente 1), P2 (Paciente 2); P3 (Paciente 3) e P4 (Paciente 4). O sexo masculino predominou a amostra, correspondendo a 75% dos indivíduos avaliados ($n=3$). Entre os participantes, o tipo de ferida com maior incidência é a do tipo úlcera venosa (75%), seguida pelo pé diabético (25%). A média de tempo de lesão é de $72,25 \pm 87,79$ meses. Entre as doenças associadas, destacam-se a Hipertensão arterial e a Diabetes Mellitus, com 75% e 25% de incidência, respectivamente. Todos os indivíduos avaliados apresentaram-se índice de massa corporal (IMC) elevados para sua altura em relação ao peso. A Tabela 1 apresenta a caracterização e perfil da amostra estudada.

Tabela 1. Caracterização e perfil da amostra do estudo.

	P1	P2	P3	P4	M±DP
Idade (em anos)	58	62	72	42	$58,2 \pm 12,57$
Sexo	M	M	M	F	-
IMC	27,77	29,06	36,33	29,77	$30,73 \pm 3,82$
Tipo de Lesão	PD	UV	UV	UV	-
T de Lesão (em meses)	84	192	7	6	$72,25 \pm 87,79$
HAS	SIM	SIM	SIM	NÃO	-
DM	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	-

P1: Paciente 1; P2: Paciente 2; P3: Paciente 3; P4: Paciente 4; M: Média; DP: Desvio Padrão; M: Sexo Masculino; F: Sexo Feminino; PD: Pé Diabético; UV: Úlcera Venosa; T: Tempo; HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; DM: Diabetes Mellitus.

Quando avaliados por meio do Mini Exame de Estado Mental, sendo esse parte dos critérios de elegibilidade dos participantes para a participação do estudo, todos os voluntários submetidos à avaliação, obtiveram pontuações dentro do esperado para o seu grau de escolaridade. Os indivíduos apresentaram média de $3,5 \pm 5,74$ pontos para o Inventário de Depressão de Beck (IDB) e $3 \pm 3,16$ pontos para o Inventário de Ansiedade de Beck (IAB). Na avaliação por meio da Escala de Estresse Percebido-10 (EEP-10), a amostra obteve média de $12,5 \pm 11,59$ pontos. As pontuações individuais, bem como as médias e desvios-padrão da amostra são mostrados na Tabela 2 abaixo.

Tabela 2. Pontuações aos instrumentos avaliativos apresentados em números absolutos, média e desvio padrão.

VARIÁVEL	P1	P2	P3	P4	M \pm DP
IDP	0	0	12	2	3,5 \pm 5,74
IAB	1	0	7	4	3 \pm 3,16
EEP-10	12	0	28	10	12,5 \pm 11,59

P1: Paciente 1; P2: Paciente 2; P3: Paciente 3; P4: Paciente 4; M: Média; DP: Desvio Padrão; IDP: Inventário de Depressão de Beck; IAB: Inventário de Ansiedade de Beck; EEP-10: Escala de Estresse Percebido-10.

Posterior a aplicação dos instrumentos avaliativos, observou acentuada variação quanto aos resultados obtidos na amostra. É exemplo disso o fato de que o Paciente 2 (P2), mesmo portando lesão venosa por período de tempo superior a 190 meses, ainda obteve pontuação nula para os instrumentos que avaliaram o nível de ansiedade, estresse e depressão propostos neste estudo. Apresenta-se como fatores associados a cronicidade da ferida, a presença de doenças associadas (Diabetes Mellitus), o elevado índice de massa corporal, o uso prolongado de medicamentos, em especial de diferentes classes antibióticas e a infecção bacteriana. Por outro lado, observa-se outro paciente (P3), que obteve pontuações elevadas em comparação aos demais indivíduos avaliados no mesmos instrumentos de pesquisa.

Kreling et al. (2021), realizaram estudo descritivo, o qual teve por objetivo geral descrever o perfil de pacientes portadores de feridas crônicas atendidos por unidades básicas de saúde (UBS) em uma cidade no interior do estado do Paraná, Brasil. Dos indivíduos avaliados ($n=100$), 59% ($n=59$) correspondiam ao sexo feminino, com média de idade (\pm desvio padrão) de $71,7 \pm 13,9$ anos, A lesão de origem vasculogênica predominou entre os indivíduos analisados (51,51%). Da Silva et al. (2021) também realizaram estudo epidemiológico acerca do tema em uma população do estado da Bahia, Brasil. A maior parte era do sexo masculino (83,3%), com faixa etária acima dos 60 anos de idade. Entre os participantes do estudo, 83,3% apresentavam diabetes 66,7% e hipertensão arterial sistêmica. O tipo de lesão mais comum foi a do tipo úlcera diabética (66,7%) e o tempo de lesão médio de 3,8 anos (ou 45,6 meses aproximadamente).

Ambos os estudos anteriormente citados trazem dados que vêm em conformidade ao presente estudo, onde a predominância maior foi do sexo masculino e a média de idade dos participantes foi de 58,2±12,57 anos. A amostra estudada também apresentou as mesmas doenças crônicas em maior incidência (HAS e DM), todavia, a lesão venosa foi a mais frequente (75%), sendo essa a principal complicação da insuficiência venosa crônica (IVC), cuja incidência tende a ser alta, especialmente em idosos com baixo poder aquisitivo, assim como descreve Lima et al. (2017).

Dal Santos et al. (2015), realizaram estudo transversal com 36 pacientes atendidos em um centro de curativos no município de Guarapuava-PR, Brasil. A idade dos participantes variou de 40 a 76 anos de idade e a úlcera venosa foi a mais predominante, correspondendo a 72% do total. 33,3% dos participantes estavam em grau de obesidade. 52,8% dos indivíduos apresentavam hipertensão arterial e 19,4% diabetes mellitus, sendo essas as principais causas de sua etiologia, assim como cita Vieira e Araújo (2018).

O tempo de tratamento médio foi o mesmo para o tempo de lesão em todos os indivíduos avaliados na presente pesquisa, sendo a cronicidade no processo de cicatrização influenciado por fatores sistêmicos e locais, tais como a presença de doenças associadas, obesidade e infecção bacteriana, por exemplo. É o que cita Tadeu (2019).

Gayatri et al. (2020), avaliaram 140 pacientes portadores de feridas do tipo úlcera diabética (pé diabético) na Indonésia e verificaram que, assim como cita Jorge et al. (2016), a alta prevalência e o longo período de tratamento ao qual são submetidos indivíduos com feridas crônicas, acarretam em desconfortos e comprometimentos de ordem psicológica.

Este estudo visou descrever o perfil de pacientes portadores de feridas do tipo crônicas atendidos por um Projeto de Pesquisa que estuda a efetividade da Terapia Fotodinâmica no tratamento coadjuvante dessas afecções clínicas, assim como sua influência sob os sintomas da ansiedade, estresse percebido e depressão. Todavia, até o presente momento, não foi possível trazer dados quanto a evolução desses indivíduos, vez que os atendimentos e aplicações encontram-se em fase de execução. Assim, os autores, optaram por trazer o estudo nessa temática, comparando seus achados com de estudos prévios, no que tange a incidência das lesões crônicas e suas repercussões psicológicas.



5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Havendo elevada incidência na população global, as feridas crônicas representam um desafio aos profissionais de saúde. Sabe-se que, ademais do dano local, as feridas repercutem nas esferas social, econômica e psicológica. Desta forma, estudos que investiguem as influências e comprometimentos multissistêmicos de pacientes portadores de feridas fazem-se necessários, assim com aqueles que visem o conhecimento de seus fatores de risco e estudos intervencionistas, tais quais aqueles que utilizem terapias potenciais para o tratamento e inativação de microrganismos, os quais estão fortemente relacionados à cronicidade dessas lesões, como é o caso da Terapia Fotodinâmica.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, R. M. **Avaliação Do Processo De Cicatrização De Lesões, Tratadas Com Laser De Baixa Intensidade, Através De Sistema De Aquisição E Tratamento De Imagem**. Tese de Mestrado - Universidade Federal De Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), 2006.
- CHAVES, M. L. F. **Testes de avaliação cognitiva: Mini Exame do Estado Mental**. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2008.
- DA SILVA, E. C.; et al. Perfil de pessoas com feridas crônicas acompanhadas por uma unidade de saúde da família. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.7, n.8, p. 77388-77400 aug. 2021.
- DAL SANTOS, M.; et al. Caracterização Nutricional de Pacientes com Úlceras Crônicas de Membros Inferiores em Tratamento no Ambulatório de Feridas do Campus Cedeteg da UNICENTRO, Guarapuava-PR. **UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde**, 2015;17(1):13-9 13.
- DEL POZO, J. L. Biofilm-related disease, **Expert Revista. Anti Ther.** v. 16 p. 51–65, 2018.
- GAYARTI, D.; NURACHMAH, E.; MANSYUR, M.; SOEWONDO, P.; SURIADI, S. Relationship between Wound Severity, Discomfort, and Psychological Problems in Patients with a Diabetic Foot Ulcer in Indonesia: A Cross-sectional Study. **Aquichan**. 2020;20(3):e203
- JORGE, S. A.; GUIMARÃES, C. P.; HENRÍQUEZ, D. D.; DANTAS, S. R. P. E. Avaliação do nível de ansiedade de pacientes com úlceras venosas. **Sínteses: Revista Eletrônica do SimTec**, Campinas, SP, v. 1, n. 3, p. 242–243, 2016.
- KRELING, M. C. G. D.; et al. Perfil de portadores de feridas crônicas sob a ótica da enfermagem assistencial. **Cuid Enferm**. 2021 jan.-jun.; 15(1):67-73
- LIMA, M. S. F. S.; et al. Diagnósticos De Enfermagem Do Domínio "Enfrentamento/Tolerância ao Estresse" Identificados Em Mulheres Com Úlcera De Perna. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 11(Supl. 3):1365-74, mar., 2017 .
- LIMA, G. K. S. **Identificação De Microrganismos Para Controle De Infecção Em Feridas Crônicas**. Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC) - Graduação - ENFERMAGEM - EENF. 2019. Disponível em: <http://www.repositorio.ufal.br/handle/riufal/6313>
- LUFT, C. B.; SANCHES, S. O.; MAZO, G. Z.; ANDRADE, A. Versão brasileira da Escala de Estresse **Percebido: tradução e validação para idosos**. **Rev Saúde Pública**, 2007;41(4):606-15
- SHUBHANGI, V .A. Chronic leg ulcers: epidemiology, aetiopathogenesis and management. **Ulcers**. 2013;2013:1–9.
- TADEU, C. N. **Prevalência De Lesões Crônicas Em Um Município Da Região Do Sul De Minas Gerais**. Trabalho de Conclusão de Curso, Pós-Graduação em Estomatoterapia, UFMG, 2019.
- VIEIRA, C. P. B.; ARAUJO, T. M. E. Prevalência e fatores associados a feridas crônicas em idosos na atenção básica. **Rev Esc Enferm USP**, 2018;52:e03415.

Síndrome de Burnout: a doença da classe médica moderna

  10.56238/tbcmdv1-004

Tauanne Fernanda dos Santos

Fernando Araújo de Oliveira

Diego Francisco Degiovanni Benítez

Camila Borges Siqueira Campos

Silvio Rodrigo Arevalos Davalos

1 INTRODUÇÃO

A Síndrome de Burnout (SB) foi definida pela primeira vez em 1974 pelo psicanalista Herbert Freudenberg (1), descrita como falta de motivação no trabalho, sensação de esgotamento e falta de estimulação originada pela falta de energia emocional segundo Moreira et al (2); além de fadiga, depressão, irritação e inflexibilidade presentes nos quadros clássicos de depressão. Mais tarde, em 1981, Christina Maslach e Susan Jackson (3) nomearam a SB como um estresse intenso e contínuo do trabalho. Já em 1999, Maslach e Leiter (4) deram uma nova definição ao Burnout, a síndrome constituída pelo tripé: exaustão emocional, despersonalização e falta de realização profissional. Em 2014, Romani e Ashkar (5) definiram a SB com três aspectos principais, baixa realização pessoal, exaustão emocional e despersonalização.

Nesse sentido, segundo Dias (6) na classe médica, ainda é possível destacar outros fatores emocionais desencadeadores do estresse que levam à falta de realização profissional e à despersonalização do trabalho: dor, medo, angústia, desvalorização do trabalho, a falta de capacidade para lidar com a morte dos pacientes. Segundo Rosa (7), somam-se como fator de aumento de risco a sobrecarga de trabalho ocasionada pelo reduzido número de trabalhadores durante a jornada de trabalho e o contato do médico com riscos biológicos, químicos e físicos no ambiente de trabalho.

Com isso, a SB resulta significativamente no atendimento médico; sendo que a falta de realização pessoal é vista como a tendência de o profissional avaliar negativamente, gerando sentimentos de incompetência e baixa autoestima. Assim, a exaustão emocional leva o profissional a não dar mais de si, criando uma espécie de bloqueio emocional e a despersonalização leva a sentimentos negativos levando o trabalhador a agir de forma desumanizada devido a um endurecimento afetivo (Arora, Asha, Chinnappa, And Diwan, 2013 (8), Batista et al., 2013 (9), Maslach & Jackson, 1981 (10)).

Assim, Shanafelt et al (11), ao compararem médicos com a população geral, encontraram maior risco na classe médica para o desenvolvimento de exaustão emocional e despersonalização. A carga horária exaustiva tem sido apontada como um importante fator estressante para esses profissionais. Assim, as queixas de excesso de dedicação ao trabalho e falta de tempo com a família têm sido cada vez mais frequentes entre os médicos.

2 OBJETIVO

Realizar uma busca na literatura sobre como a síndrome de Burnout pode prejudicar a promoção da saúde, bem-estar e autoestima.

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão da literatura, desenvolvida com artigos publicados no período de 1974 a 2015 nas bases eletrônicas: Portal Capes, *Scientific Electronic Library Online* - Scielo e Google Acadêmico, empregando os descritores: Burnout, Síndrome de Burnout, desvalorização do trabalho e seus respectivos sinônimos, nos idiomas português e inglês. Foram incluídos apenas artigos publicados que tratassem do

tema e estivessem disponíveis na forma online. Foram excluídos artigos fora do período proposto, que não tratassem sobre o tema, não disponíveis de forma online e artigos repetidos encontrados em diferentes bases de dados.

4 DESENVOLVIMENTO

A síndrome de burnout é um problema de saúde pública que pode levar ao afastamento do trabalho e licenças médicas, gerando gastos para a organização empregadora, além de afetar a qualidade do serviço oferecido, a produtividade e o lucro (Trigo et al, 2007 (12))

Lima et ai. (13) apontam que a SB pode ser desencadeada pela presença de estresse emocional contínuo, destacando-se: o cuidado constante das pessoas e a responsabilidade do profissional médico; o cenário atual em que há crescente pressão pela incorporação de condutas e procedimentos voltados à melhoria da atuação dos médicos na produção e a desvalorização profissional que esta área vem sofrendo perante a sociedade, fato observado na hostilidade que ocorre no cotidiano de trabalho dos médicos, onde os pacientes muitas vezes buscam a justiça em decorrência da insatisfação com determinado serviço. Juntamente com a falta de recursos, a alta carga de trabalho ou plantões extras acarretam problemas na forma como os profissionais atendem.

Segundo Moreira et al. (2), a grande propensão à CB na profissão médica se deve tanto às características inerentes à profissão - intenso convívio com os pacientes, intensidade das interações emocionais e falta de lazer e tempo de lazer - a prática médica vem atravessando os últimos 20 anos, que incluem um declínio progressivo da autonomia profissional, uma diminuição do status social da profissão e um aumento da pressão sobre esses profissionais.

Segundo Lima e cols. (14), em relação ao ambiente de trabalho do médico em particular, existem alguns estressores que aumentariam a possibilidade de burnout: demandas excessivas que reduzem a qualidade da assistência, grande jornada de trabalho, baixa remuneração, necessidade de lidar com o sofrimento e a morte, e exposição constante ao risco, entre outros. Sabe-se também que os médicos incluem um grupo especial de profissionais de saúde que buscam o perfeccionismo, e muitas vezes são irredutíveis em suas atitudes, compulsões e céticos. Além disso, deve-se considerar a grande cobrança da sociedade, que espera que o médico seja um profissional infalível, gerando uma pressão por vezes insustentável no profissional.

De acordo com Tironi et al. (15), o profissional passa a considerar os colegas e pacientes como objetos, tendo assim o excesso de horas como prejudicial a toda a comunidade, pois contribui para o processo de desumanização e objetificação da medicina. Tendo a diminuição da realização pessoal do profissional, que se caracteriza por avaliações pessoais negativas ou sentimentos de incompetência associados à insatisfação com o trabalho, podendo levar a diversas patologias psicológicas dentre elas a depressão.

O grande problema social relacionado ao Burnout em médicos é a possibilidade de encontrar profissionais trabalhando de forma fria, sem o envolvimento e dedicação necessários, ocasionando, assim, uma diminuição na realização profissional, o que pode culminar na desistência de seus ideais (LIMA et al., 2004) (14). Em 2002, Lima (16) relatou que é muito comum os médicos optarem por largar a medicina e buscar outras atividades. Ainda mais grave é a diminuição da qualidade da assistência, refletindo o desgaste físico e emocional que pode levar à morte de um paciente por negligência.

Van Mol et al. (17) apontam que os indivíduos mais predispostos à SB são geralmente aqueles que apresentam alto grau de perfeccionismo e muitas vezes apresentam sentimento de culpa por não terem atingido suas próprias expectativas. Esses dois aspectos são praticamente inerentes à prática médica e, somados à carga de trabalho excessiva, contribuem para uma constante repetição desses fatores. O primeiro indício de que o trauma emocional já está instalado no profissional são as reações ao estresse. Comumente, são manifestações comportamentais, cognitivas e emocionais conscientes ou inconscientes que o usuário de SB utiliza para lidar com o estressor.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assim, vê-se que a prática médica é cercada por situações estressantes que contribuem para a maior prevalência de SB. Dessa forma, a classe médica que participa da produção da saúde individual e coletiva, deteriora sua própria saúde e qualidade de vida, bem como de suas famílias. Soma-se a isso a repercussão que todo esse quadro tem na atuação do profissional.

Diante do exposto, fica clara a necessidade de medidas de intervenção que possibilitem a qualidade de vida do médico, podendo iniciar novas contratações, a fim de melhorar a distribuição do trabalho e melhorar a remuneração profissional. Dessa forma, será possível atuar sobre os principais desencadeadores do SB na classe médica.

REFERÊNCIAS

- 1) Freudenberger HJ. Staff burn-out. *J Soc Issues*. 1974;30(1):159-65.
- 2) MOREIRA et al. Síndrome de Burnout em médicos: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional – Maringá*. 2015.
- 3) Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav* 1981;2:99–113.
- 4) Maslach C, Leiter MP. Trabalho: fonte de prazer ou desgaste? Guia para vencer o estresse na empresa. Campinas: Papirus; 1999.
- 5) ROMANI M, Ashkar K. Burnout among physicians. *Libyan J Med*. 2014.
- 6) Dias S, Queirós C, Carlotto MS. Síndrome de burnout e fatores associados em profissionais da área da saúde: um estudo comparativo entre Brasil e Portugal. *Aletheia*. 2010;32:4-21.
- 7) Rosa C, Carlotto MS. Síndrome de Burnout e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar. *Rev SBPH (online)*. 2005;8(2):1-15.
- 8) Arora, M., Asha, S., Chinnappa, J., & Diwan, A.D. (2013). Review article: Burnout in emergency medicine physicians. *Emergency Medicine Australasia*, 25(6),491-495. doi:10.1093/heapol/czh031.
- 9) Batista, J. V., Barros, E. O., Morais, J. M. D., Moreira, M. A. D., Costa, T. F., & Brito, F. M. (2013). Burnout syndrome in health workers: Integrative review. *Journal of Nursing*, 7,7118-7126.
- 10) Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experience burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2,99-113. doi:10.1002/job.4030020205
- 11) Shanafelt TD, Gradishar WJ, Kosty M, Satele D, Chew H, Horn L, et al. Burnout and career satisfaction among US oncologists. *J Clin Oncol*. 2014;32(7):678-86.
- 12) Trigo TR, Teng CT, Hallak JEC. Burnout syndrome and psychiatric disorders. *Rev Psiq Clin*. 2007;34(5):223-33.
- 13) Lima RAS, Souza AI, Galindo RH, Feliciano KVO. Vulnerability to burnout among physicians at a public hospital in Recife. *Ciênc Saúde Coletiva* 2013; 18(4):1051–1058.
- 14) Lima FD, Buunk AP, Araujo MJB, Chaves JGM, Muniz DLO, Queiroz LB. Burnout syndrome in residents of the Federal University of Uberlândia - 2004. *Rev Bras Educ Med*. 2007; 31:137-46
- 15) TIRONI MOS, Nascimento Sobrinho CL, Barros DS, Reis EJFB, Marques Filho ES, Almeida A, et al. Trabalho e síndrome da estafa profissional (Síndrome de Burnout) em médicos intensivistas de Salvador. *Rev Assoc Med Bras*. 2009.
- 16) Lima FD. Características da incidência da Síndrome de Burnout em pediatras de uma organização hospitalar pública. Florianópolis, SC; 2004. Mestrado [Dissertação] - Universidade Federal de Santa Catarina.

17) Van Mol MM, Kompanje EJ, Benoit DD, et al. The prevalence of compassion fatigue and burnout among healthcare professionals in intensive care units: a systematic review. PLoS One 2015;10:e0136955.

Rapid Immune Tests SARS-COV-2 – An Experience in Beira Baixa



10.56238/tbcmdv1-005

Francisco Rodrigues

Qualidade de Vida no Mundo Rural (QRural) | Sport, Health & Exercise Unit (SHERU), Instituto Politécnico de Castelo Branco, PhD.

Patrícia Coelho

Sport, Health & Exercise Unit (SHERU) | Qualidade de Vida no Mundo Rural (QRural) – Instituto Politécnico de Castelo Branco, PhD.

Joana Liberal

Qualidade de Vida no Mundo Rural (QRural) Instituto Politécnico de Castelo Branco, PhD.

Manuel Martins

Qualidade de Vida no Mundo Rural (QRural) Instituto Politécnico de Castelo Branco, PhD.

Catarina Gavinhos

Qualidade de Vida no Mundo Rural (QRural) Instituto Politécnico de Castelo Branco, PhD.

Adriana Santos

BsC – Instituto Politécnico de Castelo Branco

Inês Ribeiro

BsC, Instituto Politécnico de Castelo Branco

Cristina Carrondo

Instituto Politécnico de Castelo Branco, PhD.

Elsa Alves

BsC – Instituto Politécnico de Castelo Branco

ABSTRACT

Introduction: SARS-CoV-2 affects the epithelial cells of the respiratory tract, causing severe infections. Since it is a pathology with a high level of transmissibility, it becomes central to mass testing. In addition, there was also a need to monitor the epidemic through serological tests.

Objective: Evaluate the presence of antibodies against SARS-CoV-2 in the community residing in Beira Baixa through immunological screening tests.

Materials and methods: Analytical, cross-sectional, and observational study, whose sample consists of 206 individuals.

Data collection took place between February and April 2021, in the laboratories of the Dr. Lopes Dias Higher School of Health. Verbal informed consent, a questionnaire to collect sociodemographic data and the serological test were applied.

Results: Of the total number of participants, 15.5% admitted to having had COVID-19, of which 0.5% suspected they had been infected and 84% said they had never been infected. Regarding the presence of antibodies, 2.9% of the tests performed were positive for the presence of IgM's while 30.1% were positive for the presence of IgG's. Regarding vaccination, at the time of the investigation only 10.2% of the participants were vaccinated, of which 9.7% had IgG antibodies.

Conclusion: Rapid serological tests can provide information about the presence of antibodies to SARS-CoV-2, thus being a very advantageous tool for immunity studies.

keywords: SARS-CoV-2; serological tests; immunity.

RESUMO

Introdução: O SARS-CoV-2 afeta as células epiteliais do trato respiratório, causando infecções graves. Por ser uma patologia com um alto nível de transmissibilidade, torna-se central para os testes em massa. Além disso, houve também a necessidade de monitorar a epidemia através de testes serológicos.

Objetivo: Avaliar a presença de anticorpos contra a SRA-CoV-2 na comunidade residente na Beira Baixa através de testes imunológicos de triagem.

Materiais e métodos: Estudo analítico, transversal e observacional, cuja amostra consiste de 206 indivíduos.

A coleta de dados foi realizada entre fevereiro e abril de 2021, nos laboratórios da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias. Foi aplicado o consentimento informado verbal, um questionário para coleta de dados sociodemográficos e o teste serológico.

Resultados: Do número total de participantes, 15,5% admitiram ter tido COVID-19, dos quais 0,5% suspeitaram ter sido infectados e 84% disseram nunca ter sido infectados. Com relação à presença de anticorpos, 2,9% dos testes realizados foram positivos para a presença de IgM's, enquanto 30,1% foram positivos para a presença de IgG's. Quanto à vacinação, no momento da investigação, apenas 10,2% dos participantes foram vacinados, dos quais 9,7% tinham anticorpos IgG.

Conclusão: Os testes sorológicos rápidos podem fornecer informações sobre a presença de anticorpos ao SRA-CoV-2, sendo assim uma ferramenta muito vantajosa para estudos de imunidade.

Palavras-chave: SRA-CoV-2; testes serológicos; imunidade.

1 INTRODUCTION

Coronaviruses belong to the Coronaviridae family, constituting etiological agents of human infections, which mainly affect the epithelial cells of the upper respiratory tract. In 2019, SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome – Coronavirus – 2) was identified for the first time in the city of Wuhan, responsible for COVID-19 (Coronavirus disease) that spread rapidly throughout the world. , causing a global pandemic (Gautret, Million, Jarrot, Camoin-Jau, Colson, Fenollar, Leone, La Scola, Devaux, Gaubert, Mege, Vitte, Melenotte, Rolain, Parola, Lagier, Brouqui and Raoult, 2020).

Due to the rapid progress of the pandemic, testing for COVID-19 has become crucial for controlling transmission of the virus in the community. However, along with the development of diagnostic tests, of which real-time PCR (RT-PCR) stands out, there was a need to monitor the epidemic through serological tests (Zhengtu, Yongxiang , Xiaomei, Nian, Yang , Shaoqiang, Ruilin, Yanqun, Bicheng, Wei, Yongchen, Jing, Baofu, Ye, Jiasheng, Wensheng, Xuefeng, Jing, Zhiqiang, Kangjun, Weimin, Zhifei, Liyan and Feng, 2020).

It is known that after contact with the virus, the immune system induces the production of antibodies by B lymphocytes, having as main target the Spike (S) protein, as well as other nucleocapsid and envelope proteins. (Kang, Huang, Ouyang, Du, Yang, Chi, He, Ying, Chen and Wang, 2021).

Antibodies of the IgM class are the first to be produced, constituting the first line of defense against viral infections. The IgM antibody titer peaks during the first days of the acute phase of infection, remaining in circulation for approximately 5 to 7 days. Later, the immune system starts producing IgGs, which are maintained for several weeks after the primary infection and in cases of reinfection. (Deeks, Dinnes, Takwoingi, Davenport, Spijker, Taylor-Phillips, Adriano, Beese, Dretzke, Ferrante di Ruffano, Harris, Price, Dittrich, Emperador, Hooft, Leeftang and Van den Bruel, 2020).

The assessment of immunity against SARS-CoV-2 is extremely important, as it allows the scientific community to understand the process of the immune response during and after infection by the same. Knowledge of the interaction of SARS-CoV-2 with the immune system has become one of the main allies for understanding the progression of infection and the protective effects of antibodies in the long term. (Figueiredo-Campos et al., 2020) Thus, serological tests are the most suitable method for this purpose, since they are based on the detection of circulating antibodies that arise when exposed to the coronavirus, through immunochromatography.

The main objective of this investigation was to evaluate the presence of antibodies against SARS-CoV-2 in the community residing in Beira Baixa, using rapid immunological tests.

2 MATERIALS AND METHODS

Sample Description:

The present study is an observational and cross-sectional analytical type. Sample collection was carried out during the months of February, March and April 2021, in the laboratories of Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, from the Polytechnic Institute of Castelo Branco.

Study Protocol:

After publicizing the possibility of carrying out rapid serological tests to the community, all data used for this investigation were recorded in a database.

Verbal informed consent and a questionnaire were applied to each participant. Data were coded in order to obtain an ID that did not refer to any data that could identify the participant, in order to guarantee confidentiality.

Collected Variables:

In order to carry out the evaluation and identification of individuals with immunity to COVID-19, the following nominal qualitative variables were collected: sex, IgM (Immunoglobulins M) and IgG (Immunoglobulins G), presence of the disease prior to this evaluation, and vaccination. for the same.

Procedure:

The DIASource Immunoassays® kit was used for the qualitative detection of 2019-nCoV-specific IgG and IgM in whole blood. Obtaining whole blood samples was performed by collecting capillary blood.

Statistical analysis:

The variables were coded (obtained through the survey) to be analyzed using the SPSS® statistical analysis program. Normality was assessed using the Kolmogorov – Smirnov test and the Mann Whitney test (parametric) was used for association between variables. A confidence interval of 95% was established and as a criterion of statistical significance a value of $p \leq 0.05$ was established.

Ethical Issues:

The research team respected and complied with the principles mentioned in the Helsinki declaration, ensuring that there are no conflicts of interest.

The data provided by the participants is of exclusive access to the research team. The data collected were used for statistical analysis and this work is of academic interest only, with no economic interest whatsoever.

3 RESULTS

Data from 206 participants were analyzed, of which 115 (55.8%) were female and 91 (44.2%) were male, with a mean age of 45.51 ± 16.877 years, with the minimum age being 4 years and a maximum of 83

years. It could also be seen that the most prevalent age class was 51 to 60 years old, corresponding to a total of 48 (23.3%) participants.

Of the total number of participants, 15.5% (n=32) admitted having had COVID-19, 0.5% (n=1) suspected having been infected and 84% (n=173) said they had never been infected.

As for the presence of antibodies, 2.9% of the tests performed were positive for the presence of IgM's and IgG's simultaneously, while 30.1% were positive only for the presence of IgG's.

At the time of the investigation, only 21 participants (10.2%) had started the process of vaccination against COVID-19. However, only 20 individuals (9.7%) had positive IgG class antibodies and were vaccinated.

The Kolmogorov - Smirnov test showed that the sample was normally distributed, using the Mann Whitney parametric test, obtaining the following significance when comparing the aforementioned variables and the presence of immunoglobulin G by SARS-CoV-2.

Table 1 - Statistical significance between the presence of Immunoglobulins and the variables mentioned below.

Variável	<i>p</i> valor	<i>Significância estatística</i>
Age classes	0,798	No
COVID-19	<0.05	Yes
Sex	0.623	No
Vaccination	<0.05	Yes

4 DISCUSSION

After analyzing the results, the presence of antibodies was confirmed in individuals who had already tested positive for infection. Of the 15.5%, 2.4% had IgM antibodies and 14.6% had IgG antibodies, and in the total number of individuals, the seroprevalence found was 2.9% and 30.1%, respectively. It should be noted that all individuals who presented IgM antibodies also showed IgG antibodies. These results demonstrated that the majority of subjects had only IgG class antibodies, consistent with older infections. (Chansaenroj, Yorsaeng, Posuwan, Puenpa, Sudhinaraset, Chirathaworn and Poovorawan, 2021).

As for the distribution by sex, contrary to what was mentioned in the “National Serological Survey COVID-19 (ISN COVID-19)” (Ana Paula Rodrigues, Ana Cristina Garcia, 2021), no statistically significant association was found between sex and the presence of antibodies against SARS-CoV-2, with even a slightly higher prevalence of antibodies in females (17.9% vs. 15.1%). There was also a higher prevalence of antibodies in the age classes from 41 to 50 years old and from 51 to 60 years old (IgM – 1.5% in both; IgG – 8.5% vs. 9.5%), as observed in the “National Serological Survey COVID-19 (ISN COVID-19)” (Ana Paula Rodrigues, Ana Cristina Garcia, 2021). Even so, there are some discrepancies in the results obtained when compared with the results of the “National Serological Survey COVID-19 (ISN COVID-19)”, justified, for example, by the type of sampling, which was a sampling by quotas, while the present study presents a convenience sample.

The high emergency in the control of the pandemic, determined that the scientific community was dedicated to the production of vaccines effective in the immunization against SARS-CoV-2. Currently, it is known that the main class of antibodies produced after vaccination is IgG. (Dai & Gao, 2021) The results of this study confirm these data, verifying that the vast majority of vaccinated individuals had IgG class antibodies against SARS-CoV-2. The difference between all vaccinated individuals and those who had IgG antibodies may be due to the fact that only the first dose of vaccine was administered to the individual who tested negative for the presence of IgG's. (Guo, Mi and Nie, 2020) It should also be noted that many of the respondents had been vaccinated for less than 14 days, so, according to some studies, sufficient time for a physiological response might not have elapsed. (Mahajan and Manchikanti, 2020) Still, most vaccinated individuals had antibodies against the virus.

As has been much debated, despite the importance of these analyses, this type of tests does not indicate when the individual was infected, nor the period of time of infection, which is always one of the main points addressed by most works in the area. (Li et al., 2020)

Many commercial companies have invested in serological antibody tests, being widely accepted in the scientific community, however, always keeping in mind their particular characteristics, as well as the evolution that they have been experiencing since their initial phase. (de Jong, Rosing, Vermunt, Huitema and Beijnen, 2021). Effectively, there is an increase in the levels of sensitivity and specificity that these rapid tests have acquired (Deeks et al, 2020). However, these tests have a lower sensitivity than other reference methods, so they may not be sufficient for the detection of low antibody titers, which may result in a higher percentage of false negatives, and are not suitable for clinical diagnostic procedures (Cassaniti, Novazzi, Giardina, Salinaro, Sachs, Perlini, Bruno, Mojoli, Baldanti; Members of the San Matteo Pavia COVID-19 Task Force, 2020), although some works have pointed in the opposite direction (Indenbaum, Koren, Katz-Likvornik, Yitzchaki, Halpern, Regev-Yochay, Cohen, Biber, Feferman, Cohen Saban, Dhan, Levin, Gozlan, Weil, Mor, Mandelboim, Sofer, Mendelson and Lustig, 2020). In addition, the presence of false negatives may be related to a longer and less effective immune response, since it varies from individual to individual. (Li et al., 2020)

Additionally, these tests do not allow the origin of the antibodies to be determined, since, as already mentioned, the IgGs may come from a previous infection or from vaccination (Pieri, Nuccetelli, Nicolai, Sarubbi, Grelli and Bernardini, 2021). In this way, they should be complemented with other methods to obtain a more accurate diagnosis of COVID-19, namely in cases where only IgM class antibodies are detected. (Mekonnen, Mengist, Derbie, Nibret, Munshea, He, Li and Jin, 2021).

There is a huge effort to validate more and more tests, using the most capable methodologies and thus increasing the capacity for screening and evaluating the immunity of the population. This type of studies can significantly help health authorities to estimate the number of infected in the epidemic, predict future spread, determine the effectiveness of vaccines and prioritize which people should be vaccinated/received a booster vaccine. Thus, there are several works that are being developed in this direction, highlighting for now the project “Beira Baixa Com Vida”, to be developed at the Instituto Politécnico de Castelo Branco/Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias and who wants to know the immunological scenario of the population of Beira Baixa in relation to SARS-COV-2, which will present preliminary results soon.

5 CONCLUSION


With the completion of the present study, it was realized that rapid serological tests are an important tool to obtain knowledge about acquired immunity during and after infection by SARS-CoV-2. These tests proved to be quite promising, having several advantages. However, they reveal some limitations, which, in order to be overcome, these tests should be complemented with other methods.

REFERENCES

- Cassaniti I, Novazzi F, Giardina F, Salinaro F, Sachs M, Perlini S, Bruno R, Mojoli F, Baldanti F; Membros da Força-Tarefa San Matteo Pavia COVID-19. O desempenho do Teste Rápido IgM/IgG do VivaDiag COVID-19 é inadequado para o diagnóstico de COVID-19 em pacientes agudos referentes ao pronto-socorro. *J Med Virol.* 2020 ;92(10):1724-1727. doi: 10.1002/jmv.25800. Epub 2020 Abr 8. PMID: 32227490; PMCID: PMC7228409.
- Chansaenroj J, Yorsaeng R, Posuwan N, Puenpa J, Sudhinaraset N, Chirathaworn C, Poovorawan Y. Detecção de anticorpos sars-cov-2 específicos através de imunoenaios diagnósticos rápidos em pacientes COVID-19. *Virol J.* 2021; 9;18(1):52. doi: 10.1186/s12985-021-01530-2. PMID: 33750394; PMCID: PMC7942515.
- Dai L, Gao GF. Metas virais para vacinas contra o COVID-19. *Nat Rev Immunol.* 2021 Fev;21(2):73-82. doi: 10.1038/s41577-020-00480-0. Epub 2020 Dez 18. PMID: 33340022; PMC7747004.
- de Jong KAM, Rosing H, Vermunt M, Huitema ADR, Beijnen JH. Quantificação de anticorpos anti-SARS-CoV-2 em soro humano com LC-QTOF-MS. *J Pharm Biomed Anal.* 2021;205:114319. doi: 10.1016/j.jpba.2021.114319. Epub à frente da impressão. PMID: 34416552; PMC8354797.
- Deeks JJ, Dinnes J, Takwoingi Y, Davenport C, Spijker R, Taylor-Phillips S, Adriano A, Beese S, Dretzke J, Ferrante di Ruffano L, Harris IM, Price MJ, Dittrich S, Emperador D, Hooft L, Leeftang MM, Van den Bruel A; Cochrane COVID-19 Grupo de Precisão de Teste de Diagnóstico. Testes de anticorpos para identificação de infecção atual e passada com SARS-CoV-2. *Banco de dados Cochrane Syst Rev.* 2020;6(6):CD013652. doi: 10.1002/14651858.CD013652. PMID: 32584464; PMCID: PMC7387103.
- Gautret P, Million M, Jarrot PA, Camoin-Jau L, Colson P, Fenollar F, Leone M, La Scola B, Devaux C, Gaubert JY, Mege JL, Vitte J, Melenotte C, Rolain JM, Parola P, Lagier JC, Brouqui P, Raoult D. História natural do COVID-19 e opções terapêuticas. *Especialista Rev Clin Immunol.* 2020;16(12):1159-1184. doi: 10.1080/1744666X.2021.1847640. Epub 2020 Dez 24. 33356661.
- Guo CC, Mi JQ, Nie H. Taxa de soropositividade e precisão diagnóstica de testes sorológicos em casos de 2019-nCoV: uma análise agrupada de estudos individuais. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2020 Out;24(19):10208-10218. doi: 10.26355/eurrev_202010_23243. 33090430.
- Indenbaum V, Koren R, Katz-Likvornik S, Yitzchaki M, Halpern O, Regev-Yochay G, Cohen C, Biber A, Feferman T, Cohen Saban N, Dhan R, Levin T, Gozlan Y, Weil M, Mor O, Mandelboim M, Sofer D, Mendelson E, Lustig Y. Testing IgG antibodies contra o RBD de SARS-CoV-2 é suficiente e necessário para o diagnóstico CO-19. *PLoS 1.* 2020;15(11):e0241164. doi: 10.1371/journal.pone.0241164. PMID: 33227020; PMC7682882.
- Kang K, Huang L, Ouyang C, Du J, Yang B, Chi Y, He S, Ying L, Chen G, Wang J. Development, performance evaluation, e aplicação clínica de um Rapid SARS-CoV-2 IgM e IgG Test Kit baseado em imunoenasão de fluorescência automatizada. *J Med Virol.* 2021;93(5):2838-2847. doi: 10.1002/jmv.26696. Epub 2021 Mar 1. PMID: 33231312; PMCID: PMC7753814.
- Mahajan A, Manchikanti L. Value and Validade do Teste de Anticorpos Coronavirus. *Pain Medical.* 2020; 23(4S):S381-S390. 32942795.
- Mekonnen D, Mengist HM, Derby A, Nibret E, Munshea A, He H, Li B, Jin T. Precisão diagnóstica de testes sorológicos e cinética de síndrome respiratória aguda grave coronavírus 2 anticorpo: Uma revisão sistemática e meta-análise. *Reverendo Med Virol.* 2021;31(3):e2181. doi: 10.1002/rmv.2181. Epub 2020 Nov 5. 33152146.
- Pieri M, Nuccetelli M, Nicolai E, Sarubbi S, Grelli S, Bernardini S. Validação clínica de uma imunoenasão automatizada de imbâmbulos anti-SARS-CoV-2 IgG e IgM. *J Med Virol.* 2021 Abr;93(4):2523-2528. doi: 10.1002/jmv.26809. Epub 2021 Jan 26. PMID: 33463719; PMCID: PMC8013349.

Zhengtu L , Yongxiang Y , Xiaomei L , Nian X, Yang L, Shaoqiang L, Ruilin S, Yanqun W, Bicheng H, Wei C, Yongchen Z, Jing W, Baofu H, Ye L, Jiasheng Y, Wensheng C, Xuefeng W, Jing C, Zhiqiang C, Kangjun S, Weimin P, Zhifei Z, Liyan C, Feng Y. Desenvolvimento e aplicação clínica de um teste rápido de anticorpos combinados IgM-IgG para diagnóstico de infecção sars-cov-2. (2020) J Med Virol;92(9):1518-1524. doi: 10.1002/jmv.25727. Epub 2020 Abr 13.

Epidemiologia dos suicídios entre adolescentes no Brasil durante o período de 2015 a 2019

 [10.56238/tbcmdv1-006](https://doi.org/10.56238/tbcmdv1-006)

Dara Boa Morte David

Graduanda em Medicina, pela Faculdade Pitágoras de Medicina de Eunápolis – FPME-BA. Eunápolis-BA.
E-mail: milamelof@gmail.com

Bárbara Luanna Lopes Silva

Graduanda em Medicina, pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – PUC-MG. Belo Horizonte-MG. E-mail: barbara.luanna@sga.pucminas.br

Camila Melo de Freitas

Graduanda em Medicina, pela Faculdade de Minas - BH – FAMINAS-BH. Belo Horizonte-MG.
E-mail: camila_segal@yahoo.com.br

Camila Segal Cruz

Graduanda em Medicina, pela Universidade Vila Velha – UVV-ES. Vila Velha-ES.
E-mail: daraboamorte@gmail.com

Diogo Ordones Delfraro

Graduando em Medicina, pela União das Faculdades dos Grandes Lagos – UNILAGO. São José do Rio Preto-SP.
E-mail: diogodelfraro@hotmail.com

Fernanda Akemi Cavalcanti Ura

Graduanda em Medicina, pela Universidade José do Rosário Vellano – UNIFENAS-Alfenas. Alfenas-MG.
E-mail: fernanda.ura@aluno.unifenas.br

Camila Moreira Ferrari

Médica graduada pela Faculdade UNES – Colatina – ES, membro titular da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), pós-graduada em Psiquiatria, pela Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. Eunápolis-BA.
E-mail: camilamferrari2009@hotmail.com

RESUMO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), apesar de ser um país populoso, o Brasil apresenta baixos coeficientes quando se fala sobre suicídio e isso se apoia na negação de dados que alimentam o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). Quando o suicídio é cometido por um adolescente, essa negação dos dados é ainda mais evidente. Ainda assim, vem sendo observado o crescimento exponencial dessas ocorrências entre os indivíduos de 10 a 19 anos. Diante disso, caracterizou-se aqui os óbitos por lesões autoprovocadas intencionalmente ocorridos no Brasil, entre adolescentes, no período de 2015 a 2019, com dados coletados no SIM, segundo as variáveis sexo, faixa etária, ano e local de ocorrência e método utilizado para provocar a lesão.

Viu-se que em 2015 foram registrados 854 óbitos, enquanto em 2019 o número foi 1.211. Em comparativo entre as regiões do país, a região norte apresentou a maior taxa de prevalência, com 4,9 suicídios de adolescentes por 100.000 habitantes. Notou-se também que as mortes em indivíduos masculinos prevalecem em todo o país, representando 68,34% do total de casos. Entre os métodos mais utilizados para cometer o suicídio, observou-se a predominância do enforcamento (82,4%). Notou-se então um aumento significativo no número de suicídios entre adolescentes no Brasil no período estudado; isso evidencia um importante agravamento de saúde pública no país e é de suma importância que, mesmo diante do estigma ainda presente em torno do assunto, haja a implementação de políticas de qualidade que visem a prevenção do problema.

Palavras-chave: Adolescentes, Causas externas, Epidemiologia, Saúde pública, Suicídio.

ABSTRACT

According to the World Health Organization (WHO), despite being a populous country, Brazil has low coefficients when it comes to suicide and this is supported by the denial of data that feeds the Mortality Information System (SIM). When the suicide is committed by an adolescent, this denial of data is even more evident. Even so, the exponential growth of these occurrences among individuals between the ages of 10 and 19 has been observed. In view of this, we characterized here the deaths by intentionally self-inflicted injuries that occurred in Brazil, among adolescents, in the period from 2015 to 2019, with data collected in the SIM, according to the variables sex, age group, year and place of occurrence, and method used to cause the injury. It was seen that in 2015, 854 deaths were recorded, while in 2019 the number was 1,211. In a comparison between the regions of the country, the northern region showed the highest prevalence rate, with 4.9 adolescent suicides per 100,000 inhabitants. It was also noted that deaths in male individuals prevail throughout the country, accounting for 68.34% of all cases. Among the most used methods to commit suicide, the predominance of hanging was observed (82.4%). A significant increase in the number of suicides among adolescents in Brazil during the period studied was noted; this highlights an important public health problem in the country and it is of paramount importance that, even in the face of the stigma still present around the subject, there is the implementation of quality policies aimed at preventing the problem.

Keywords: Adolescents, External Causes, Epidemiology, Public Health, Suicide.

1 INTRODUÇÃO

O suicídio é caracterizado como um evento complexo e multifatorial, sendo uma das mais antigas causas de morte (PALMA *et al.*, 2020). Este tipo de intercorrência tem se tornado cada vez mais frequente no mundo, sendo que, o Brasil já é o quarto país da América Latina com maior crescimento nos casos nas últimas duas décadas (CALIXTO FILHO; ZEBINI, 2016).

Mais precisamente, nos últimos 45 anos, notou-se uma elevação de 60% da mortalidade por suicídio, tornando-se um importante problema de saúde pública (GONÇALVES *et al.*, 2011). No Brasil, ele é ranqueado como a quarta causa de notificação de morte por causas externas (PALMA *et al.*, 2020).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2000, determinou fatores de risco relevantes para o suicídio: sexo masculino, idade entre 15 e 44 anos e acima de 75 anos, indivíduos desempregados, aposentados, migrantes, residentes de zonas urbanas, solteiros, viúvos, separados e aqueles que vivem em isolamento social (CALIXTO FILHO; ZEBINI, 2016). Dessa forma, esse tipo de evento deve ser analisado de forma multideterminante. Além desses citados, existem outros elementos importantes como o diagnóstico de depressão, uso de drogas, alcoolismo e suporte familiar precário (CARDOSO *et al.*, 2012).

Os registros relacionados com a mortalidade por suicídio são contabilizados por declarações de óbito inseridas no Sistema de Informação e Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde. Todavia, os registros da OMS mostram que apesar do Brasil ser um país populoso, ele apresenta baixo coeficiente em relação a esse tipo de óbito (CALIXTO FILHO; ZEBINI, 2016). Portanto, existem fatores que influenciam na negação do registro correto no SIM, tais como aspectos religiosos, processos legais, sofrimento familiar decorrente de investigações e estigma social e familiar (RIBEIRO; MOREIRA, 2018).

Quando o suicídio é cometido por um adolescente, essa negação dos dados é ainda mais evidente. Contudo, o que se observa é o crescimento exponencial nesses indivíduos de 10 a 19 anos, o que vem se tornando uma situação preocupante a nível mundial. (AZEVEDO; MATOS, 2014). Em muitos países, o suicídio já é a segunda causa de morte em adolescentes, adquirindo um padrão epidêmico. Assim, atualmente, os jovens representam o grupo de maior risco para a concretização do suicídio, diante da sua vulnerabilidade e esse tipo de óbito está relacionado, intimamente, com a depressão (BRAGA; DELL'AGLIO, 2013).

Face ao cenário descrito no Brasil sobre o presente tema, este trabalho tem por objetivo caracterizar os óbitos por lesões autoprovocadas voluntariamente (suicídios) ocorridos no Brasil, entre adolescentes, no período de 2015 a 2019.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, de base populacional, dos óbitos por suicídio entre adolescentes no Brasil, no período de 2015 a 2019. Coletou-se os dados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde. A partir da causa de morte codificada pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10), analisou-se como variáveis, sexo (feminino, masculino), faixa etária (10-14; 15-19 anos), ano e local de ocorrência e método utilizado para provocar a lesão. A busca foi realizada em fevereiro de 2021.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Estudar o comportamento suicida entre os adolescentes e compreender seu padrão tem muita importância para o enfrentamento do problema. Com base nesses achados, pode ser possível realizar o planejamento de políticas de saúde pública mais direcionadas, no que tange a prevenção ao suicídio. Além disso, a análise quantitativa desses dados pode evidenciar ainda mais a gravidade do problema.

No período avaliado, notou-se a ocorrência de um aumento progressivo de casos de suicídio nos adolescentes. Em 2015 foram registrados 854 óbitos, em 2016 foram 897, em 2017 ocorreram 1.047 casos, em 2018 registraram-se 1.049 óbitos, enquanto em 2019 o número foi 1.211 casos de óbitos de adolescentes por suicídio. Para compreender a motivação de tal ato, é fundamental o incentivo a estudos qualitativos sobre os fatores de risco.

Em relação às regiões do Brasil, de 2015 a 2019, em números absolutos, a região Centro-Oeste apresentou 658 casos notificados de suicídio, a região sul apresentou 858 casos, a região Nordeste registrou 1.219 óbitos, a região Sudeste apresentou 1.481 e a região norte teve ocorrência registrada de 842 casos (Tabela 1).

Tabela 1 - Número de óbitos por lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio) entre adolescentes, segundo região do Brasil, no período de 2015 a 2019.

REGIÃO	Nº DE ÓBITOS
Norte	842
Nordeste	1.219
Sudeste	1.481
Sul	858
Centro-oeste	658
TOTAL:	5.058

Fonte: FREITAS *et al.* (2021)

Em comparativo com a quantidade de habitantes, a região norte apresentou a maior taxa de prevalência, com 4,9 suicídios de adolescentes por 100.000 habitantes, seguido pela região Centro-Oeste com 4,11 suicídios de adolescentes para cada 100.000 habitantes, a terceira maior taxa de prevalência foi na região Sul com 2,95 suicídios de adolescentes para cada 100.000 habitantes, em 4º lugar ficou a região

nordeste com 2,17 casos para 100.000 habitantes e com a menor taxa de suicídio em relação às grandes regiões do Brasil, ficou o Sudeste com 1,7 para cada 100.000 habitantes.

Na variável faixa etária (Figura 1), o maior número de casos foi entre a idade de 15 a 19 anos e em relação ao sexo (Figura 2), percebeu-se que o sexo masculino foi responsável por 68,34% dos casos de suicídio na adolescência e o sexo feminino por 31,65%.

Figura 1 – Número de óbitos por lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio) entre adolescentes, segundo faixa etária, no Brasil, no período de 2015 a 2019.

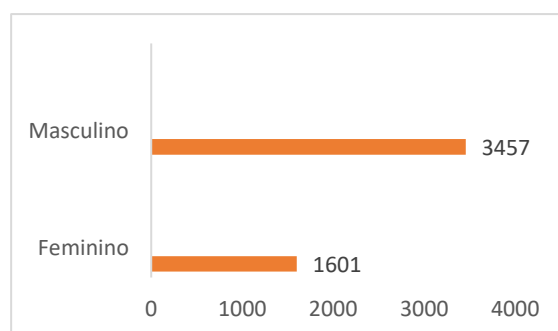


Fonte: FREITAS *et al.* (2021)

Em relação ao sexo, a prevalência masculina acontece em todas as regiões do país, chegando a 3457 casos no total de 5058, ou seja, 68,34%. O que mais chama atenção diante dos dados é o número exorbitante da região Sudeste com 1033 ocorrências do sexo masculino e 448 do sexo feminino.

Entre os métodos mais utilizados para cometer o suicídio, observou-se a prevalência do enforcamento, com 82,4% dos casos, parecendo ser um método simples, de fácil alcance e de fácil acesso para os adolescentes.

Figura 2 - Número de óbitos por lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio) entre adolescentes, segundo sexo, no Brasil, no período de 2015 a 2019.



Fonte: FREITAS *et al.* (2021)


4 CONCLUSÕES

Com base nos dados expostos, notou-se um aumento significativo no número de suicídios entre adolescentes no Brasil no período estudado. Com isso, evidencia-se um importante agravamento de saúde pública no país e, dessa forma, é de suma importância a implementação de políticas públicas de qualidade que visem a prevenção ao suicídio, mesmo diante do estigma ao redor do assunto.

REFERÊNCIAS

- AZEVEDO, A.; MATOS, A.P. Ideação suicida e sintomatologia depressiva em adolescentes. **Psicologia, saúde e doenças**, v. 15, n. 1, p. 180-191, 2014.
- BRAGA, L.B.; DELL'AGLIO, D.D. Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero. **Contextos Clínicos**, v. 6, n. 1, p. 2-14, 2013.
- CALIXTO FILHO, M.; ZERBINI, T. Epidemiologia do suicídio no Brasil entre os anos de 2000 e 2010. **Saúde, Ética & Justiça**, v. 21, n. 2, p. 45-51, 2016.
- CARDOSO H.F.; BAPTISTA M.N.; VENTURA C.D.; BRANDÃO E.M.; PADOVAN F.D.; GOMES M.A. Suicídio no Brasil e América Latina: revisão bibliométrica na base de dados Redalycs. **Diaphora**, v. 12, n. 2, p. 42-48, 2012.
- GONÇALVES, L.R.C.; GONÇALVES, E.; OLIVEIRA JÚNIOR, L.B. Determinantes espaciais e socioeconômicos do suicídio no Brasil: uma abordagem regional. **Nova Economia**, v. 21, n. 2, p. 281-316, 2011.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. Acesso em: Fev/2021.
- PALMA, D. C. A.; SANTOS, E. S.; IGNOTTI, E. Análise dos padrões espaciais e caracterização dos suicídios no Brasil entre 1990 e 2015. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00092819, 2020.
- RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R. Uma abordagem sobre o suicídio de adolescentes e jovens no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 2821-2834, 2018.

Estudo do perfil eletrocardiográfico em judocas

Crossref  10.56238/tbcmdiv1-007

Patricia Coelho

Hudson Rocha

Francisco Rodrigues

RESUMO

Introdução: Dependendo do número de horas, carga e tipo de exercício físico, o coração de um atleta sofre modificações ao longo da prática desportiva, uma vez que tem o aumento do seu trabalho para suprir as necessidades metabólicas. Essas modificações podem resultar em um quadro conhecido como “coração de atleta”, onde são vistas alterações cardiovasculares fisiológicas ao exercício, algumas dessas alterações podem ser observadas a nível eletrocardiográfico e ser diferenciada entre alterações patológicas e não patológicas, de acordo com os critérios definidos para atletas, sendo utilizado neste estudo os critérios de Seattle.

Objetivo: Pretende-se analisar o perfil eletrocardiográfico no judocas, para observar se estas atletas têm ou não alterações no ECG, e se estas alterações são fisiológicas ou patológicas. Também foi verificado a relação entre carga de treino e alterações eletrocardiográficas, e relação entre carga de treino e os resultados dos ECGs.

Metodologia: Foram realizados questionários e eletrocardiogramas de 12 derivações em repouso, num grupo de 20 judocas que praticam judo com tempo igual ou superior a 1 ano e idades compreendidas entre os 15 e os 25 anos.

Resultados principais: Constatou-se que dos 20 judocas avaliados, todos tinha ritmo sinusal, 1 caso com desvio direito do eixo, 2 casos com bradicardia sinusal, 1 caso com taquicardia sinusal, 1 caso de hipertrofia ventricular esquerda, sendo as restantes variáveis sem alterações no ECG.

Conclusão: Embora analisada uma pequena amostra, verifica-se que foram encontradas alterações nos ECGs, mas que, não são estatisticamente

significativas, e também não são patológicas para atletas, de acordo com os critérios de Seattle.

Palavras-chave: Judo, Eletrocardiograma, Coração Atleta.

ABSTRACT

Introduction: Depending on the number of hours, load, and type of physical exercise, an athlete's heart undergoes changes during sports practice, as it has an increased workload to meet metabolic needs. These changes may result in a condition known as "athlete's heart," where physiological cardiovascular changes are seen during exercise. Some of these changes can be observed at the electrocardiographic level, and can be differentiated between pathological and non-pathological changes, according to the criteria defined for athletes, and the Seattle criteria were used in this study.

Objective: It was intended to analyze the electrocardiographic profile in judokas, to observe if these athletes have or not ECG alterations, and if these alterations are physiological or pathological. It was also verified the relationship between training load and electrocardiographic alterations, and relationship between training load and ECG results.

Methodology: Questionnaires and resting 12-lead electrocardiograms were performed in a group of 20 judokas who practice judo for 1 year or more and age between 15 and 25 years.

Main results: It was found that of the 20 judokas evaluated, all had sinus rhythm, 1 case with right axis deviation, 2 cases with sinus bradycardia, 1 case with sinus tachycardia, 1 case of left ventricular hypertrophy, and the remaining variables were unchanged in the ECG.

Conclusion: Although a small sample was analyzed, changes were found in the ECGs, but they are not statistically significant, and also not pathological for athletes, according to the Seattle criteria.

Keywords: Judo, Electrocardiogram, Athlete Heart.

1 INTRODUÇÃO

A prática de atividade física é sem dúvida uma das formas mais eficientes para promoção da saúde, contudo o treino físico intenso realizado por atletas, visando o melhor rendimento desportivo, expõe o coração a alterações da função cardíaca nas suas características morfológicas, resultando um quadro conhecido como “coração de atleta”⁽¹⁾.

O exercício físico é caracterizado por uma situação que modifica a homeostase do organismo, pois aumenta a demanda energética da musculatura exercitada, e conseqüentemente de todo o organismo⁽⁷⁾. O exercício pode ser dividido em dois tipos, onde a força muscular é testada e trabalhada em modalidades diferentes, são elas a força estática (Isométrica) e a dinâmica (Isotônica)⁽³⁾. A isométrica é considerada como aquela em que nem o comprimento muscular, nem o ângulo articular, sobre o qual o músculo está agindo, sofre alteração, não aumenta ou diminui. A isotônica é toda a ação muscular que envolve movimento e consiste na mudança do comprimento da fibra muscular⁽⁴⁾.

Dependendo do número de horas, carga e tipo de exercício físico, o coração de um atleta sofre alterações ao longo da prática desportiva uma vez que tem de aumentar o trabalho para suprir as necessidades metabólicas, pois o músculo cardíaco está em constante trabalho e aumenta os batimentos durante o treino desportivo, o que vai favorecer o aumento da massa cardíaca gerando a hipertrofia dos ventrículos⁽⁶⁾. Algumas das alterações eletrocardiográficas encontradas nos atletas estão ligadas a presença de hipertrofia ventricular esquerda, que está muitas das vezes relacionada com a morte súbita em atletas jovens⁽⁵⁾. Segundo Sadaniantz e Thompson (2001) estima-se que ocorra uma morte súbita para cada 165.000 pessoas que praticam atividade física regular por ano, e 5,9% tem um risco relativo de sofrer enfarte agudo do miocárdio no período de uma hora após exercício físico vigoroso igual ou superior a 6 *Metabolic Equivalents* (METs). Embora ocorra este risco a prática de exercício físico não deve ser relatada como único responsável pela morte súbita, mas sim como coadjuvante que envolve uma patologia préexistente, muitas das vezes silenciosa, e num certo momento crítico altera o equilíbrio de forma a iniciar a cadeia de eventos que leva à morte súbita⁽⁸⁾.

O judo é considerado um desporto maioritariamente estático, e como pode ser competitivo, exige um alto desempenho físico do atleta, com atividades intensas e prolongadas que podem levar a adaptações cardiovasculares, funcionais e anatómicas. O “coração de atleta” apresenta como principais características, por um lado, o aumento do débito cardíaco para suprir as necessidades metabólicas do atleta, aumento da massa ventricular o que pode levar a hipertrofia e por outro, a diminuição da frequência cardíaca em repouso.⁽¹⁾

O eletrocardiograma é um exame que regista a atividade elétrica do coração, através da colocação de elétrodos em pontos específicos na superfície do tórax, sendo o exame complementar de diagnóstico mais utilizado em cardiologia, de simples realização e pode ser usado em grandes estudos devido ao seu baixo custo⁽²⁾.

O estudo do Perfil Eletrocardiográfico em Judocas pode contribuir com informações importantes a nível eletrocardiográfico, através do estudo e análise de um pequeno grupo de atletas que fazem parte deste desporto específico. Dentre os benefícios destaca-se a coleta de informações referentes à diferenciação entre alterações patológicas e não patológicas no indivíduo praticante de judo. Além disso, pode-se verificar se existem alterações eletrocardiográficas nos judocas selecionados, e se existem outras alterações

eletrocardiográficas consoante o número de horas de treino. Por fim, permite-se, ainda, saber se existe relação entre a idade dos judocas e o seu perfil eletrocardiográfico.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado um eletrocardiograma de 12 derivações em repouso em posição de decúbito dorsal para avaliar o perfil eletrocardiográfico dos indivíduos estudados. Foram definidos como critérios de inclusão judocas com tempo de prática igual ou superior a 1 ano e idades compreendidas entre os 15 e os 25 anos.

2.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional transversal, realizado a partir de uma amostra de judocas da Escola de Judo Ana Hormigo.

2.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população em estudo é constituída por todos os judocas que aceitaram participar do estudo e que preenchiam os critérios de inclusão. Desta apenas fazem parte da amostra os que aceitaram participar do estudo e que cumpriam os critérios de inclusão.

A dimensão total da amostra é de 20 indivíduos, existindo mais indivíduos do sexo masculino 13(65%) do que feminino 7(35%), com espectro de idades a variar entre os 15 e os 25 anos com desvio padrão de 3,086 anos. Sendo 2(10%) indivíduos de raça negra e 18(90%) de raça caucásica.

2.3 PROTOCOLO DE ESTUDO

Foi realizado um eletrocardiograma de 12 derivações a cada indivíduo em repouso, na posição de decúbito dorsal, do qual foram extraídas variáveis como ritmo cardíaco, hipertrofia ventricular, bradicardia sinusal, taquicardia sinusal, arritmia sinusal respiratória, frequência cardíaca, eixo elétrico, duração e amplitude da onda P, intervalo PQ, duração e amplitude do QRS e intervalo QTc. Para recolha dos dados antropométricos, desportivos e história clínica, foi realizado um questionário a cada participante do estudo, sendo o mesmo preenchido pelo investigador ou por cada judoca, onde obtivemos o conhecimento da idade, sexo, peso, altura, índice de massa corporal (IMC), raça, anos de prática desportiva, horas de treino diário, número de dias de treino semanal, carga de treino que refere uma relação entre anos de treino x dias de treino por semana, se pratica outro desporto além do judo e se possui fatores de risco cardiovasculares (tabagismo, diabetes *Mellitus*, antecedentes cardiovasculares, hipercolesterolemia, hipertensão arterial).

A recolha iniciou-se com o preenchimento de um questionário por parte de cada judoca ou pelo investigador após a sua entrada na sala, seguidamente, os judocas eram encaminhados para a realização do eletrocardiograma (ECG). Na execução do ECG, foram seguidas recomendações *standard*⁽¹⁷⁾. Sendo os participantes convidados a sentarem-se e a descansar durante um período de 5 a 10 minutos antes da

execução do exame, em seguida foram posicionados na marfesa em decúbito dorsal, feito a aplicação dos elétrodos, aplicado o gel condutor em cada ponto específico do corpo como braços, pernas e tórax. A colocação dos elétrodos periféricos foram colocados nos quatros membros e seguiram sempre a mesma orientação: elétrodo (pinça) vermelha no braço direito, elétrodo (pinça) verde na perna esquerda, elétrodo (pinça) amarela no braço esquerdo e elétrodo (pinça) preta na perna direita. Os elétrodos precordiais foram posicionados na seguinte ordem: V1 no quarto espaço intercostal no bordo direito do esterno, V2 no quarto espaço intercostal no bordo esquerdo do esterno, V3 entre os elétrodos V2 e V4, V4 no quinto espaço intercostal esquerdo na linha hemiclavicular, V5 no quinto espaço intercostal esquerdo linha axilar anterior e V6 no quinto espaço intercostal esquerdo na linha média axilar.

O registo do papel foi feito à uma velocidade de 25mm/segundo, com registo das derivações DI, DII, DIII, aVF, aVR, aVL, V1, V2, V3, V4, V5 e V6 e uma calibração de 10mm/milivolts (mv), o equipamento utilizado foi o eletrocardiógrafo do modelo AT-101 e marca Schiller®.

Para a interpretação dos eletrocardiogramas (ECGs) dos judocas, foram utilizado os critérios de Seattle, para classificar a presença de alterações consideradas normais e patológicas em atletas. No que diz respeito às medições das ondas e dos intervalos de cada ECG foi seguido um único padrão de medição para todos os ECGs, sendo o eixo elétrico medido no QRS nas derivações DI e DII, foi considerado como eixo elétrico normal entre -30° a $+90^\circ$, desvio direito está entre $+90^\circ$ e $+180^\circ$ e desvio esquerdo entre -30° e -90° . A frequência cardíaca foi calculada tendo em conta a média entre a FC das derivações DI, DII e V1, (para isso avaliámos pelo método dos 1500 a FC em três momentos diferentes, mas sempre nas mesmas derivações, obtendo assim uma FC média ponderada do ECG). As durações e amplitudes da onda P, intervalo PQ, QRS, QT e QTc foram calculadas na derivação de DII de todos eletrocardiogramas.

Em relação às alterações encontradas, os índices utilizados para avaliar a presença de hipertrofias ventriculares, foram *Cornell* e *Sokolow-Lyon* modificado para hipertrofias ventriculares esquerda, e para hipertrofia ventricular direita foi utilizado critério de voltagem onda R>S em V1 + desvio direito do eixo.

2.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Inicialmente, foi executada uma análise descritiva simples para caracterização geral da amostra e da distribuição das variáveis tendo sido obtidas medidas de tendência central e dispersão (média e desvio padrão) e calculadas prevalências absolutas e relativas (n e %), procedendo-se seguidamente, ao tratamento inferencial, com base nos resultados obtidos através do programa estatístico em causa, tendo este como objetivo a compreensão da relação entre as variáveis em estudo. Os dados a recolher foram tratados estatisticamente pelo programa SPSS® (*Statistic Product and Service Solution*) versão 24.0 para windows®.

Foi avaliada a distribuição de normalidade com o teste de *shapiro-wilk* e os testes estatísticos utilizados foram: o teste paramétrico *t-student* e a *correlação de kendall's tau-b* não paramétrica, ambos para verificar se o perfil eletrocardiográfico varia de acordo com os anos de prática, se existe uma correlação entre a idade dos judocas e seu perfil eletrocardiográfico e verificar se os judocas com mais horas de treino

possui mais alterações eletrocardiográficas. Foi considerado como significativo $p < 0,05$ para todos os testes.

2.5 PRECEITOS ÉTICOS

Antes do início da recolha de qualquer dado o projeto de investigação foi submetido à avaliação e autorização da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias que emitiu parecer favorável, posteriormente foi apresentado o estudo à diretora da Escola de Judo Ana Hormigo que aceitou a realização do mesmo na sua escola.

Ao longo da investigação foram descritos e explicados todos os procedimentos, sendo esclarecidas todas as questões e dúvidas apresentadas, sendo depois assinado o consentimento livre e esclarecido por todos os participantes incluídos neste estudo. Os participantes menores de idade tiveram consentimento informado assinado pelos pais ou responsáveis legais.

A equipa de investigação garante a privacidade e confidencialidade de todos os dados fornecidos e preservação do anonimato dos participantes do estudo. Declara ainda não existirem conflitos de interesse na realização do estudo e que respeitou os princípios expressos na declaração de Helsínquia.

3 RESULTADOS

3.1 CARACTERIZAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

Inicialmente foi realizada uma caracterização da amostra relativamente às características antropométricas, representadas na tabela 1. Verificou-se que os indivíduos do sexo masculino apresentam peso corporal superior ao do feminino, sendo que no masculino o peso mínimo é de 60 quilogramas (kg) e máximo de 102kg enquanto no sexo feminino o peso mínimo é de 47kg e máximo de 85kg. No que diz respeito à altura verifica-se no sexo masculino uma altura mínima de 1,69 metros (m) e máxima de 1,83m, no feminino altura mínima de 1,52m e máxima 1,70m, sendo os indivíduos do sexo masculino mais altos do que os do sexo feminino.

Tabela 1: Caracterização Antropométrica

	Mínimo	Máximo	Média
Peso (kg) Masculino	60	102	71,46
Peso (kg) Feminino	47	85	64,28
Altura (m) Masculino	1,69	1,83	1,74
Altura (m) Feminino	1,52	1,70	1,61

Legenda: Quilograma (Kg), Metros (m).

3.2 CARACTERÍSTICAS ELETROCARDIOGRÁFICAS

3.2.1 Ritmo, Frequência e Eixo Cardíaco

Iniciámos a análise dos eletrocardiogramas pelo seu ritmo e constatámos que todos os 20 judocas incluídos no estudo revelaram ritmo sinusal. De seguida, tentámos perceber qual a frequência cardíaca de cada um dos eletrocardiogramas, obtendo assim uma FC média ponderada do ECG. Verificámos que 2 indivíduos apresentaram bradicardia e 1 taquicardia, todos os outros apresentavam FC dentro dos limites da normalidade, conforme podemos verificar na tabela 2.

Tabela 2: caracterização da frequência cardíaca

		n	%
Frequência cardíaca <50bpm e >30bpm	-	2	10,00%
Frequência cardíaca entre 50 e 100bpm	-	17	85,00%
Frequência cardíaca acima de 100bpm	-	1	5,00%
Média	66,6	-	-
Desvio Padrão	12,06	-	-

Legenda: Batimentos por minuto (bpm).

De seguida calculamos o eixo cardíaco para cada um dos judocas, desta análise percebemos que a maioria dos indivíduos tinha eixo cardíaco entre os -30° e os 90° , apresentando-se apenas 1 com desvio direito do eixo.

3.2.2 Despolarização Auricular

No seguimento da análise dos ECGs, foi avaliada a despolarização auricular sendo calculada a sua duração e amplitude na derivação DII. Após esta análise não foram relatadas alterações eletrocardiográficas. Em seguida foi analisado o intervalo PQ também na derivação DII. Tal como para onda P também nesta análise não se visualizaram alterações eletrocardiográficas, conforme observamos na tabela 3.

Tabela 3: caracterização da variável despolarização auricular e intervalo PQ

		n	%
Duração da onda P em milissegundos	40ms	1	5,00%
	80ms	15	75,00%
	120ms	4	20,00%
Amplitude da onda P em milímetros	1mm	11	55,00%
	2mm	9	45,00%
	120ms	5	25,00%
Duração do intervalo PQ	160ms	14	70,00%
	200ms	1	5,00%

Legenda: Milissegundos (ms), Milímetros (mm).

3.2.3 Despolarização e Repolarização Ventricular

A despolarização ventricular foi avaliada pelo complexo QRS na sua duração e amplitude na derivação de DII. A repolarização foi avaliada pela morfologia e polaridade da onda T. Tendo como resultados valores dentro dos limites da normalidade (onda T assimétrica de início mais lento e final mais rápido, positiva em quase todas derivações, com polaridade semelhante à do QRS habitualmente), conforme observamos na tabela 4.

Tabela 4: caracterização da variável duração do complexo QRS

	n	%
Duração do QRS em milissegundos	20ms	100,00%
Média	13,1	
Desvio Padrão	3,56	

Legenda: Milissegundos (MS).

De forma a perceber se haviam alterações no intervalo QT, este foi avaliado desde o início do QRS até o final da onda T, na derivação DI. Porém não se verificou a presença de anormalidades no prolongamento do QT, sendo assim todos dentro dos limites da normalidade. Foi ainda utilizada a fórmula de *Bazett* ($QTc = QT / \sqrt{RR}$) para fazer a correção do QT à FC, sendo aceites como valores de normalidade $QTc < 470ms$ para sexo masculino e $< 480ms$ para sexo feminino. Verificou-se um caso do sexo feminino com QTc superior a 480ms. No sexo masculino foram encontrados quatro casos QTc superior a 470ms, sendo os restantes dentro dos limites da normalidade, conforme segue na tabela 5.

Tabela 5: caracterização da variável duração do intervalo QT e QTc.

	Mínimo	Máximo	Média	n
Duração do QT Sexo Masculino	280ms	440ms	366,15	13
Duração do QT Sexo Feminino	320ms	400ms	371,43	7
Duração do QTc Sexo Masculino	320ms	610ms	451,67	13
Duração do QTc Sexo Feminino	310ms	490ms	434,28	7

Legenda: Milissegundos (ms).

3.2.4 Hipertrofias Ventriculares

Ao analisar todos os ECG foi possível verificar que existe apenas 1 caso de hipertrofia ventricular esquerda pelo critério de voltagem *Sokolow-Lyon* modificado e pelo critério de *Cornell*. Sendo esse indivíduo de raça negra e com idade de 17 anos.

3.3 FATORES DE RISCO CARDIOVASCULARES

Tendo em conta os fatores de risco cardiovasculares, foi possível verificar através do questionário se alguns dos atletas tinham fatores de risco cardiovasculares como hipertensão, diabetes, hipercolesterolemia, índice de massa corporal (IMC) elevado, história de doença cardiovascular na família e fumador. Nenhum dos atletas era fumador, não tinham hipercolesterolemia, hipertensão não tinham ou não sabiam responder, o IMC verificou sobrepeso em quatro atletas ($IMC > 25 \text{kg/m}^2$), e 2 casos com obesidade de grau 1 ($IMC > 30 \text{kg/m}^2$). Verificou-se a presença de um atleta com diabetes e vários com antecedentes na família de doença cardiovascular, tal como podemos observar nos dados da tabela 6.

Tabela 6: Fatores de risco Cardiovasculares

	n	%
Doença cardiovascular na família	8	40,00%
Atletas com Diabetes	1	5,00%
IMC entre 25 e 30kg/m²	4	20,00%
IMC entre 30 e 35kg/m²	2	10,00%
Sem fatores de risco	5	25,00%

Legenda: índice de Massa Corporal (IMC), Quilograma por metro quadrado (kg/m^2).

3.4 COMPORTAMENTO DO PERFIL ELETROCARDIOGRÁFICO

3.4.1 Relação entre Carga de Treino e Alterações Eletrocardiográficas

Foi feita uma análise comparativa entre o valor médio da carga de treino, anos de prática no judo, idade dos atletas com as alterações eletrocardiográficas encontradas, verificou-se assim que estas variáveis não têm relação estatística significativa, como podemos observar na tabela 7, onde o *p value* é superior a 0,05.

Tabela 7: Comportamento do Perfil Eletrocardiográfico

	Alterações Eletrocardiográficas	Média	Desvio Padrão	p value
Carga de treino	Sim	24,00	13,94	0,885
	Não	25,07	15,26	
Anos de Prática no Judo	Sim	8,00	4,64	0,714
	Não	8,93	5,28	
Idade dos Atletas	Sim	18,33	1,63	0,280
	Não	20,00	3,46	

3.4.2 Relação entre Carga de Treino e Resultados dos Eletrocardiogramas

Para analisar a existência da relação entre a carga de treino e os resultados dos eletrocardiogramas, foi utilizada a correlação de *Kendall's tau-b*, assim avaliou-se a relação entre carga de treino e idade dos atletas, média da FC, duração da onda P, amplitude da onda P, duração do intervalo PQ, amplitude do QRS e duração do QTc. Verificando-se que não existe relação estatística nas variáveis citadas, conforme observamos na tabela 8.

Tabela 8: Relação entre Carga de Treino e Resultados dos Eletrocardiogramas

	<i>P value</i>	<i>tau-b</i>
Carga de Treino e Idade dos Atletas	0,549	0,105
Carga de Treino e Média da FC	0,599	0,089
Carga de Treino e Duração da onda P	0,222	0,237
Carga de Treino e Amplitude da onda P	0,760	0,060
Carga de Treino e Duração do Intervalo PQ	0,249	0,223
Carga de Treino e Amplitude do QRS	0,593	0,093
Carga de Treino e Duração do QTc	0,576	0,094

Legenda: Frequência Cardíaca (FC).

4 DISCUSSÃO

O atleta é reconhecido pela sociedade como um indivíduo forte e saudável. Nas últimas décadas tem surgido vários casos de morte súbita entre os mesmos, aumentando o interesse dos médicos e da população em geral por informações a respeito desse fenómeno inesperado⁽¹¹⁾. Quando procuramos a prática de exercício físico pensamos em aspetos preventivos para doenças, principalmente doenças relacionadas do coração. Mas se por um lado existe um grande benefício preventivo na relação entre praticar exercício físico e morrer subitamente, também existe o risco de se morrer durante, ou após a realização de atividade física⁽¹²⁾.

A morte súbita é definida como um evento fatal que ocorre abruptamente em indivíduos considerados previamente saudáveis em até 24 horas após o início dos sintomas⁽¹¹⁾. Estima-se que ocorra uma morte súbita para cada 165.000 pessoas que praticam atividade física regular por ano⁽¹¹⁾. Segundo a Fundação Portuguesa de Cardiologia, a morte súbita de origem cardíaca corresponde a 20% de todas as mortes, com incidência de cerca de uma para cada 1000 pessoas por ano⁽¹³⁾. Deve ressaltar-se, que o exercício físico não deve ser pronunciado como o único responsável pela morte súbita, mas sim como coadjuvante onde já existe doença preexistente, muitas das vezes silenciosa, e num momento que ocorra alterações no equilíbrio inicia-se uma cadeia de eventos que resulta com a morte súbita⁽¹¹⁾.

A prática de atividade física é sem dúvida uma das formas mais eficientes para promoção da saúde, contudo o treinamento físico intenso realizado por atletas, que procuram um melhor rendimento desportivo, expõe o coração a alterações na função cardíaca e nas características morfológicas, resultando num quadro conhecido como “coração de atleta”⁽¹⁾. Em busca de melhor rendimento, o atleta expõe o coração á intensa sobrecargas ao longo dos anos, e com essa frequente exposição, acaba por resultar em alterações no automatismo cardíaco, como bradicardia de repouso, alteração da condução auriculoventricular, despolarização e repolarização ventricular⁽¹⁴⁾.

O judo é considerado um desporto maioritariamente estático, e como pode ser competitivo, exige um alto desempenho físico do atleta, com o treino intensivo e prolongado podem levar a adaptações cardiovasculares, funcionais e anatómicas. Assim surgindo alterações eletrocardiográficas⁽¹⁾.

Todos os judocas que participaram do nosso estudo têm mais de 1 ano na prática do judo, e treinam pelo menos 3 vezes por semana, ao analisar os resultados encontrados, é possível constatar que em relação à caracterização do ritmo, FC e eixo cardíaco, foram encontrados 2 casos com bradicardia sinusal, 1 caso com taquicardia sinusal, e 1 caso com desvio direito do eixo. Apesar destes 2 casos de bradicardia serem encontrados, são considerados normais para atletas, por ter uma FC superior a 30bpm, sendo consideradas anormais para atletas uma FC < 30bpm de acordo com os critérios de Seattle. Um estudo realizado por Japy Filho *et al* (2015) com um grupo de 14 judocas, foram observados 3 casos de bradicardia sinusal, o que podemos deduzir ser uma alteração frequente em judocas, mesmo em amostras pequenas⁽²¹⁾. Relativo ao caso isolado de taquicardia sinusal, também é considerada normal pelos critérios de Seattle, sendo considerado anormal se fosse taquicardia ventricular, o que não é o caso.

Ao analisar os resultados sobre QTc, observamos a presença de 5 alterações, 1 caso de QTc > 480ms no sexo feminino, Já no sexo masculino foram encontrados 3 casos de QTc > 470ms. Embora estes atletas apresentam o QTc aumentado, não podemos dizer que se trata da Síndrome do QT longo (SQTlc), pois este síndrome é uma doença congénita, autossómica recessivo, onde se encontra mutações nos génes que codificam os canais iónicos cardíacos (sódio e potássio)⁽¹⁵⁾. Desta forma teria que ser feito um diagnóstico mais minucioso a esses atletas, como história clínica e história familiar para relacionar aos achados eletrocardiográficos, assim como testes genéticos. Mesmo por avaliar somente o intervalo QTc e o mesmo estiver aumentado, pode ser normal em até 5-6% dos pacientes⁽¹⁵⁾. Portanto podemos apenas dizer que foram encontrados 4 casos de QT longo após a correção pela frequência cardíaca.

Aquando da existência de Hipertrofia Ventricular, foi observado apenas um caso de Hipertrofia Ventricular Esquerda (HVE), sendo neste mesmo atleta não encontrada mais alterações no ECG. Ao analisar o questionário deste participante, verificou-se que o mesmo pratica outra atividade física além do judo, o que pode ter contribuído para sobrecarga ventricular. Além do mais, é preciso uma avaliação por Ecocardiograma para melhor diagnóstico de hipertrofia ventricular, sendo esta alteração considerada fisiológica para atletas, na ausência de outros critérios, como dilatação da aurícula esquerda, desvio esquerdo do eixo, depressão do segmento ST, inversão de ondas T ou Q patológicas, de acordo com os

“Critérios de Seattle”⁽¹⁸⁾. Não podemos dizer que se trata de uma miocardiopatia hipertrófica, que é uma doença genética autossômica dominante⁽¹⁸⁾, caracterizada por hipertrofia ventricular esquerda na ausência de outras causas que podem levar ao aumento da massa miocárdica⁽¹⁴⁾. Por isso é necessário uma avaliação mais detalhada para não se confundir a HVE fisiológica (Coração de Atleta) causada pelo exercício com a HVE patológica, também conhecida como Miocardiopatia Hipertrófica. Uma das diferenças entre estas duas encontra-se na função diastólica, onde no atleta está normal e na Miocardiopatia Hipertrófica encontra-se deteriorada com evolução da doença⁽¹⁴⁾. Como se trata de um atleta e sem outras evidências significativas, podemos dizer que esta alteração está relacionada ao “coração de atleta”, porém para ser mais preciso, teria que ser realizada avaliação por Ecocardiograma.

Teixeira Cristina *et al* (2011), observou num estudo realizado com 40 atletas judocas do sexo masculino, com idade entre 18 e 25 anos, com, no mínimo, três anos de treino, que tiveram como resultados, análise do ECO mostrando que dos 40 atletas que foram submetidos à avaliação, 4 apresentaram hipertrofia concêntrica do ventrículo esquerdo. Mas nenhum dos atletas apresentou sinais que caracterizassem a Miocardiopatia Hipertrófica⁽¹⁾. Como podemos observar neste estudo da Teixeira Cristina *et al* (2011), apesar de ser constatada a presença de HVE nos judocas, nenhum destes casos foi caracterizado como Cardiomiopatia Hipertrófica, o que nos leva a considerar que nem toda alteração causada pelo esforço físico é maligna.

Quanto aos fatores de risco cardiovasculares avaliados através de um questionário, não se observaram muitos casos significativos. Encontrando assim 1 caso de atleta com Diabetes, 6 casos de atletas com IMC $>30\text{kg/m}^2$, sendo 4 destes 6 atletas com sobrepeso e 2 com obesidade de grau 1, apesar disto não são prejudicados quanto ao seu rendimento desportivo, já que o judo é competido por categoria de peso⁽¹⁹⁾, e por terem uma boa carga de treino, supostamente não correm o risco em desenvolver outros fatores de risco por consequência do sobrepeso. Também foram encontrados 8 casos de atletas com história de doença cardiovascular na família, mas sem grande significância para os judocas.

Foi avaliado a relação entre carga de treino, que é caracterizada pelos anos de prática no judo multiplicada pelos dias de treino por semana, com a existência ou não de alterações eletrocardiográficas, para tentar perceber se quem treina há mais tempo e mais vezes por semana, tem mais alterações no ECG, porém esta relação não foi estatisticamente significativa com $p\text{ value}=0,885$. Desta forma não podemos dizer que nesta amostra os judocas que treinam há mais tempo, vão ter mais alterações no eletrocardiograma de forma significativa. Também avaliamos a relação entre anos de prática de judo com existência ou não de alterações eletrocardiográficas, para verificar se os atletas que praticam judo há mais anos, têm mais alterações no ECG, porém, esta relação também não foi estatisticamente significativa, com $p\text{ value}=0,714$.

Quanto à relação entre a idade dos atletas e as alterações eletrocardiográficas, pretendia perceber se os atletas mais velhos tinham mais alterações no ECG. Com tudo esta relação não foi estatisticamente significativa com o $p\text{ value}= 0,280$. Portanto podemos constatar que a idade neste grupo de atleta não influenciou na existência ou não de alterações eletrocardiográficas.

Por último foi avaliado a relação entre carga de treino e os resultados obtidos nos eletrocardiogramas. Esta relação pretendia avaliar de forma minuciosa, se existia relação entre carga de treino e a idade dos atletas, média da FC, duração da onda P, amplitude da onda P, duração do intervalo PQ, amplitude do QRS e duração do QTc. Porém estas relações não foram estatisticamente significativas. O facto da amostra do estudo ser reduzida pode apresentar-se como uma limitação para os resultados encontrados nestas relações. Farahani Ali *et al* (2009), demonstrou em um estudo realizado com 63 lutadores Iririanos, do sexo masculino com idades entre 37 e 78 anos, que obteve como resultados no eletrocardiograma de 12 derivações, sem alterações em 66,5%, tendo sido as mais encontradas alterações isquémicas em 13,6%, que inclui onda Q patológica em 3,4% e T invertida em 10,2%. Havia contrações prematuras auriculares e extrassístoles ventriculares em 11,4%, eixo anormal em 3,4%, bloqueio aurículo ventricular de primeiro grau (BAV) em 3,4%, ritmo anormal em 1,7% dos casos⁽⁹⁾. Podemos observar que neste estudo de Farahani Ali *et al* (2009), os atletas têm idades superiores ao nosso estudo, e mesmo por serem encontradas alterações nos ECGs, estas estavam presente na minoria dos lutadores Iririanos, o que nos levanta a questão se a carga de treino muito intensa pode levar a alterações mais graves ao coração, ou a idade mais avançada dos atletas contribui mais com o surgimento de alterações independente da sua carga de treino. Poderia ser feito um novo estudo com maior número de atletas e com vários clubes de judo, com mais detalhes do tipo de treino, pois cada clube segue treinos diferentes para ter melhor rendimento desportivo, e isto pode influenciar nos achados eletrocardiográficos. A julgar que estamos diante de atletas, e estes estão em constante trabalho físico, tanto em competições como nos treinos, uma das melhores formas para avaliar o perfil eletrocardiográfico tanto em repouso como em esforço, seria através da prova de esforço, com esse exame teríamos mais informações a nível eletrocardiográfico do atletas, no pico do esforço, poderia ser detetado alterações que só surgem em esforço, e avaliar se o atleta está em boa aptidão para realizar o desporto sem risco à saúde.

5 CONCLUSÃO

Embora analisada uma pequena amostra, verifica-se que foram encontradas alterações nos ECGs, que, todavia, não são estatisticamente significativas, e também não patológicas para atletas, de acordo com os critérios de Seattle. Ademais também não foram observados fatores de risco graves que limitam os atletas a praticar o judo. cumpre destacar, porém, apenas um caso de uma atleta diabética, e por estar num desporto tem grandes benefícios à sua saúde. Devido a potencialização da insulina no músculo esquelético, e também o exercício auxilia no controlo glicémico, aumenta a sensibilidade à insulina⁽²⁰⁾.

Assim podemos concluir que o perfil eletrocardiográfico dos judocas nesta amostra apresentou-se sem alterações patológicas, fazer desporto faz bem.

REFERÊNCIAS

1. TEIXEIRA cristina,Junior jairo,Fernandes roberta, et al. Identificação da hipertrofia cardíaca induzida pelo treinamento de judô. 2011 Unievangélica-centro universitário de anápolis-GO-BR.
2. Diretriz de interpretação de eletrocardiograma de repouso.*Arq. Bras. Cardiol.*[online]. 2003, vol.80, suppl.2, pp. 1-18. ISSN 0066-782X.
3. Macaluso, A.; De Vito, G. (2004). Muscle strength, power and adaptations to resistance training in older people. *Eur J Appl Physiol* . 91: 450-472.
4. Dirix A, Knuttgen HG, Tittel K. The olympic book of sports medicine. 2nd ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1991.
5. WASFY,et al.ecg findings in competitive rowers: normative data and the prevalence of abnormalities using contemporary screening recommendations.*Br J Sports Med* 2014 0 (2014).
6. Farahani AV, Asheri H, Alipour S, Amirbeigloo A. pre-participation cardiovascular screening of elderly wrestlers. *Asian journal of sports medicine* 2010;1(1):29-34.
7. BRUM, Patrícia Chakur, et al. Adaptações agudas e crônicas do exercício físico no sistema cardiovascular. *Rev Paul Educ Fís*, 2004, 18.1: 21-31.
8. Bronzatto, H. A., R. P. da Silva, and R. Stein. "Morte súbita relacionada ao exercício." *Revista Brasileira de Medicina do Esporte* 7.5 (2001): 163-169.
9. Teixeira C, et al. Identification of cardiac hypertrophy induced by training judo. *Rev Jopef*. 2011;11:02-10.
10. FARAHANI ALI, et al. Pre-participation Cardiovascular Screening of Elderly Wrestlers. *Asian J sports Med*. 2010 mar;1(nol 1):29-34.
11. BERGAMASCHI JP, MATSUDO S, MATSUDO V. Morte súbita em atletas jovens: causas e condutas. *Rev bras Ci e Mov*. 2007;15(3): 123-135.
12. Bronzatto, H. A., da Silva, R. P., & Stein, R. (2001). Morte súbita relacionada ao exercício. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 7(5), 163-169.
13. Gomes João, A Morte Súbita Cardíaca. Disponível em <<http://www.fpcardiologia.pt/a-morte-subita-cardiaca/>>. Acesso em 18 de maio, 2017.
14. MANÇO, Adelle Cristina Ferreira; FIGUEIREDO, Denise Nicácio; NAVARRO, Francisco. Detecção de hipertrofia ventricular esquerda fisiológica em atletas judocas através do eco-dippler. *Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício (RBPFE)*, 2008, 2.9: 9.
15. Camanho, Luiz Eduardo Montenegro, et al. "Preditores eletrocardiográficos de síncope e de morte súbita em portadores de síndrome do QT longo congênito." *Revista da SOCERJ* 20 (2007): 91-96.
16. Michael H. Gollob, MD, Calum J. Redpath, MBCHB, PHD, Jason D. Roberts, MD. The Short QT Syndrome - Proposed Diagnostic Criteria. *J Am Coll Cardiol* 2011; 57:802-12.
17. GUIMARÃES, Jorge Ilha; MOFFA, Paulo J.; UCHIDA, Augusto H. Normatização dos equipamentos e técnicas para a realização de exames de eletrocardiografia e eletrocardiografia de alta resolução. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 2003, 80: 572-578.
18. Oliveira M. Cardiomiopatia hipertrófica, atividade física e morte súbita. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*. 2002;8(1):20-25.
19. PREUX C. perfil da aptidão física de praticantes de judô do centro universitário do leste de minas gerais – UnilesteMG. *revista digital de educação física*. 2006;1.

20. CREPALDI, Sandro; SAVALL, Paulo Javier; FIAMONCINI, Rafaela Liberali. Diabetes mellitus e exercício físico. Rev. Digital, 2005, 10: 88.

21. FILHO1-SP, Japy Angelini Oliveira, et al. PARALÍMPICOS JUDOCAS E CORAÇÃO DE ATLETA, Rev Derc.2015;21(1):15.

A importância do tratamento da dermatite atópica na saúde e qualidade de vida de crianças e adolescentes



10.56238/tbcmdiv1-008

Bianca Barros Canhamaque Amorim

Bruna Corrêa Nogueira

Ana Gabriela Tressmann Andrade

Marcella Seguro Gazzinelli

Ana Luiza Pazinato Vago

RESUMO

A dermatite atópica (DA), também denominada como eczema atópico, é uma doença inflamatória que acomete a pele. Possui caráter crônico, que cursa com períodos de remissão e ativação, manifestando-se majoritariamente com lesões eczematosas e prurido intenso

ABSTRACT

Atopic dermatitis (AD), also known as atopic eczema, is an inflammatory disease that affects the skin. It has a chronic nature, which goes through periods of remission and activation, manifesting itself mostly with eczematous lesions and intense pruritus

1 INTRODUÇÃO

A dermatite atópica (DA), também denominada como eczema atópico, é uma doença inflamatória que acomete a pele. Possui caráter crônico, que cursa com períodos de remissão e ativação, manifestando-se majoritariamente com lesões eczematosas e prurido intenso. Tal enfermidade acomete adultos e crianças, tendo um predomínio de 18% sobre a faixa etária jovem, e associa-se a pacientes com atopias e outras comorbidades preexistentes, tais como asma, rinite e conjuntivite alérgica. As lesões cutâneas podem repercutir com agravos na qualidade de vida, uma vez que é capaz de ocasionar alterações na pele e interferir na aparência do paciente, ocasionando desconforto ao mesmo. Dessa forma, a DA, torna-se um agravante para o desenvolvimento de aspectos psicossociais importantes como insegurança e ansiedade, adjunto a impasses na escola, ao realizar tarefas, na qualidade do sono, risco de infecções e o alto custo das medicações, ocasionando baixa adesão ao tratamento.

2 OBJETIVO

Revisar a literatura para evidenciar a importância do tratamento da Dermatite Atópica em crianças e adolescentes e correlacionar com a melhora evidente da qualidade de vida desses pacientes, inclusive no que diz respeito aos aspectos psicossociais.

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão sistemática de literatura de caráter descritivo, realizada em abril de 2022 através de busca de dados das plataformas Google Acadêmico, Scielo e PubMed com os seguintes descritores: “Dermatite Atópica”, “tratamento”, “complicações” e “qualidade de vida”. Os critérios de inclusão foram artigos completos, escritos em português e inglês, publicados nos últimos 16 anos, já os

critérios de exclusão foram artigos com fuga de tema. Feita a análise, foram selecionados 5 artigos para fundamentar esse estudo.

4 DESENVOLVIMENTO

A dermatite atópica é comumente relacionada à asma, rinite e conjuntivite alérgica. Acredita-se que a manifestação nos primeiros meses de vida se dá pela pele ser a primeira via de entrada para alérgenos ambientais que levarão à sensibilização cutânea. Tal contato com a pele leva a distribuição de células inflamatórias para as vias aéreas superiores, principalmente células Th2 sensibilizadas, o que leva à explicação da associação das comorbidades cutâneas e respiratórias. Sua fisiopatologia se apresenta em duas fases, a aguda que é mediada por reação de hipersensibilidade imediata ou tipo I, com predomínio de células Th2 atuando na produção de IgE e eosinofilia e a crônica ou tardia com predomínio de células Th1. No processo inflamatório participam células de Langerhans contendo IgE, queratinócitos, eosinófilos, mastócitos, monócitos e macrófagos, além de linfócitos. O diagnóstico da DA é eminentemente clínico, pois seus achados histopatológicos são inespecíficos e não há um marcador laboratorial específico. O agravo da dermatite atópica pode ocorrer por infecções secundárias, como por exemplo a colonização cutânea por *Staphylococcus aureus*, sendo indicado o uso de antisépticos tópicos. As complicações das infecções secundárias aos danos da barreira cutânea acometem principalmente pele e tecidos moles podendo levar à bacteremia, mielite, artrite séptica e endocardite. O dano epidérmico e das funções da barreira pode ser percebido pela perda de água transepidérmica que deixa suscetível à alérgenos ambientais, deixando o estrato córneo delgado pela falta de diferenciação de queratinócitos. Esta falta, além de prejudicar a estrutura da camada córnea, desencadeia um prejuízo da barreira química impedindo que sejam produzidos agentes que impeçam a proliferação de *Staphylococcus aureus* ou *S. pyogenes*, podendo ser comumente associados à DA impetigo, celulite e abscessos cutâneos. A prevenção de complicações nestes pacientes se faz pela preservação da integridade da barreira protetora da pele. Em relação a qualidade de vida avaliada em pacientes pediátricos a dermatite atópica se mostrou com maior prejuízo do que o vitiligo, e ainda mostrou que quando a face extensora era afetada, isto prejudicava ainda mais a qualidade de vida. A colocação da dermatite atópica à frente do vitiligo em scores de qualidade de vida CDLQI, pode se discorrer devido a presença de sintomatologia como o prurido, sensação de queimação e dor, que afetam o dia a dia do paciente. Além disso, a DA se associa à depressão, baixa autoestima, restrição da vida social e piora do sono. Diante dos malefícios à qualidade de vida causados pela DA, cabe o estabelecimento de medidas terapêuticas eficientes e de fácil adesão para que a criança, com auxílio de seus familiares, consiga ter aderência ao tratamento. Dentre eles, vale enumerar as orientações para as medidas de prevenção de contactantes alérgenos, uso de hidratante e emolientes para recuperação da barreira cutânea, anti-histamínicos, corticosteróides tópicos de baixa a média potência, corticosteróides sistêmicos quando houver refratariedade aos tópicos lembrando de mediar possíveis efeitos colaterais. Pode-se ainda usar imunossupressores tópicos como inibidores da calcineurina para uso tópico,

imunossupressores sistêmicos que são indicados quando houver comprometimento sistêmico como ciclosporina A e fototerapia.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos tópicos expostos acerca da dermatite atópica, evidencia-se a percepção de que a multiplicidade de opções terapêuticas devem ser exploradas de maneira individualizada, a fim de atender as particularidades de cada paciente. Ainda, vale mostrar que, além de proteger a barreira cutânea e interferir na fisiopatologia da DA, deve-se prevenir e tratar as infecções ou complicações secundárias que possam vir a aparecer. Outrora, a vigília sobre efeitos colaterais, aderência, tolerabilidade, eficácia e custos dos fármacos deve ser uma preocupação constante da equipe e da rede de apoio do portador de DA. Junto à medicação, deve-se abordar medidas educacionais preventivas com objetivo de evitar exposição à alérgenos ambientais e aquisição de infecções secundárias. Além disso, as manifestações da doença trazem prejuízos psicológicos ao paciente e a família, evidenciando a importância do acompanhamento psicológico especializado destes. Por isso, a abordagem deve-se ser multidisciplinar, entendendo cada vez mais a DA como uma doença sistêmica e de complexo manejo em que cabe investir na multiplicidade de medicamentos para melhorar a qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares.

REFERÊNCIAS

JÚNIOR, Pécio Roxo. Atualização no tratamento da dermatite atópica. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 24, n. 4, p. 356-362, 2006.

WANG, Vivian et al. The infectious complications of atopic dermatitis. **Annals of Allergy, Asthma & Immunology**, v. 126, n. 1, p. 3-12, 2021.

MANZONI, Ana Paula Dornelles da Silva et al. Assessment of the quality of life of pediatric patients with the major chronic childhood skin diseases. **Anais brasileiros de dermatologia**, v. 87, p. 361-368, 2012.

AMARAL, Cláudia Soïdo Falcão do; MARCH, Maria de Fátima Bazhuni Pombo; SANT'ANNA, Clemax Couto. Quality of life in children and teenagers with atopic dermatitis. **Anais brasileiros de dermatologia**, v. 87, p. 717-723, 2012.

DOS REIS, Atualpa Pereira; AARESTRUP, Fernando Monteiro. Imunoterapia e imunobiológicos na dermatite atópica. **Arquivos de Asma, Alergia e Imunologia**, v. 3, n. 2, p. 123-132, 2019.

A realidade da hipotensão ortostática numa população portuguesa – estudo PPABB



10.56238/tbcmdiv1-009

Luís David Fonseca

Patricia Coelho

Francisco Rodrigues

RESUMO

Introdução: O presente estudo está inserido no Programa da Pressão Arterial da Beira Baixa, tendo sido realizado no concelho de Idanha-a-Nova – Portugal.

Objetivos: Determinar a prevalência de hipotensão ortostática na população adulta do concelho de Idanha-a-Nova e a sua relação com os fatores de risco cerebrocardiovasculares.

Material e Métodos: Trata-se de um estudo analítico, observacional, transversal, com método de seleção de forma aleatória por clusters. Foram realizadas 3 avaliações de pressão arterial com o indivíduo sentado, mais uma avaliação de pressão arterial, após 3 minutos da última medição, em posição ortostática, com o objetivo de averiguar se existe ou não hipotensão ortostática. O peso e a altura foram obtidos através da avaliação do peso com recurso a uma balança digital e da altura a um estadiómetro. Os restantes dados sobre os fatores de risco foram obtidos através a aplicação de um questionário, posteriormente foram tratados e analisados estatisticamente recorrendo ao programa de análise estatística *Statistical Package for the Social Science*®.

Resultados: Amostra constituída por 961 indivíduos adultos residentes no concelho de Idanha-a-Nova, 48,3% do sexo feminino e 51,7% do masculino, a idade média dos indivíduos inquiridos foi de $58,80 \pm 17,005$ anos, sendo que 62,1% tinha valores de índice de massa corporal acima dos 25 kg/m², sendo o fator de risco mais prevalente no concelho estudado os hábitos alcoólicos com 59,9%. Foi encontrada uma prevalência de hipotensão ortostática de 6,1%, sendo mais prevalente no sexo masculino (62,7%) e em idades compreendidas entre os 60 e os 69 anos de idade (28,81%).

Discussão: Existe uma grande variação nas prevalências encontradas acerca da hipotensão que varia entre 5-50%, estando os dados observados dentro deste intervalo, deve haver uma preocupação nos valores observados de hipotensão ortostática, visto ser um “novo” marcador de risco, fator preocupante dada a associação com morbimortalidade por doença cardiovascular.

Conclusões: Verificou-se uma prevalência de 6,1% de hipotensão arterial, valor que deve ser considerado e que deverá fazer refletir para a necessidade de introdução a avaliação deste fator nas consultas de rotina dos utentes.

Palavras-chave: Estudos de Prevalência (D003430), Hipotensão Ortostática (D007024), Fatores de Risco Cardiovasculares (D000082742)

ABSTRACT

Introduction: This study is part of the Blood Pressure Program of Beira Baixa, and was conducted in the municipality of Idanha-a-Nova - Portugal.

Objectives: To determine the prevalence of orthostatic hypotension in the adult population of the municipality of Idanha-a-Nova and its association with cerebrocardiovascular risk factors.

Material and Methods: This is an analytical, observational, cross-sectional study, with a randomized cluster selection method. Three blood pressure evaluations were performed with the individual seated, plus one blood pressure evaluation, 3 minutes after the last measurement, in orthostatic position, with the aim of ascertaining whether or not there is orthostatic hypotension. Weight and height were obtained by assessing weight with a digital scale and height with a stadiometer. The remaining data on risk factors were obtained through the application of a questionnaire, subsequently they were treated and statistically analyzed using the Statistical Package for the Social Science® statistical analysis program.

Results: Sample consisted of 961 adult individuals living in the municipality of Idanha-a-Nova, 48.3% female and 51.7% male, the average age of the individuals surveyed was 58.80 ± 17.005 years, 62.1% had body mass index values above 25 kg/m², and the most prevalent risk factor in the municipality studied was alcohol habits with 59.9%. A prevalence of orthostatic hypotension of 6.1% was found, being more prevalent in males (62.7%) and in those aged between 60 and 69 years (28.81%).

Discussion: There is a wide variation in prevalence found about hypotension ranging from 5-50%, being the data observed within this range, there should be a concern in the observed values of orthostatic hypotension, since it is a "new" risk marker, a worrisome factor given the association with morbimortality by cardiovascular disease.

Conclusions: A prevalence of 6.1% of hypotension was found, a value that should be considered and that should make us think about the need to introduce the evaluation of this factor in routine consultations with users.

Keywords: Prevalence Studies (D003430), Orthostatic Hypotension (D007024), Cardiovascular Risk Factors (D000082742)

1 INTRODUÇÃO

A hipotensão ortostática é considerada um “novo” marcador de risco de doença cardiovascular, surgindo quando o sujeito passa da posição supina para uma posição ortostática, quando existe uma queda maior que 20mmHg da PAS ou maior que 10mmHg da PAD.^(1,2) Esta patologia mostra-se como um fator de risco contribuindo para o desenvolvimento de doenças cerebrovasculares, tais como o enfarte agudo do miocárdio (EAM), a insuficiência cardíaca e o acidente vascular cerebral (AVC).^(3,4)

Após um minuto de ortostatismo, o sistema nervoso autónomo ativa os reflexos compensatórios aumentando a resistência total periférica e o retorno venoso com o objetivo de obter estabilidade hemodinâmica, dado que com a posição supina resulta na acumulação de sangue nos membros inferiores, redução da perfusão cerebral e na circulação esplênica devido ao efeito da gravidade. Ao passar de decúbito para ortostatismo, caso a resposta compensatória seja insuficiente ou retardada pode levar a uma queda temporária ou sustentada da PA.⁽⁵⁻⁷⁾

Sendo um achado frequente nos indivíduos acima dos 65 anos, devido às mudanças fisiológicas relativas à idade no sistema cardiovascular e por uma brusca resposta do sistema simpático, esta pode apresentar sintomas, tais como tonturas, quedas e confusão mental, ou ser assintomática, isto devido a hipoperfusão cerebral podendo causar distúrbios do sistema nervoso central, diabetes Mellitus, hipertensão arterial sistémica, cardiopatias, entre outros^(8,9). Devido à técnica utilizada, aos diferentes tipos de população estudados e ao modo que a doença é definida, esta tem uma grande variação no que toca à sua prevalência, variando entre os 5-50%.^(3,10) Sendo assim, é importante intervir na promoção da saúde e na educação para a saúde, com o objetivo de incentivar a adesão dos profissionais de saúde para a avaliação deste fator de risco.⁽¹¹⁾

2 OBJETIVOS

Avaliar a prevalência da hipotensão ortostática na população adulta da Beira Baixa, no concelho de Idanha-a-Nova e a sua relação com os fatores de risco cerebrovasculares.

3 MATERIAL E MÉTODOS

Estudo prospetivo do tipo observacional, transversal e analítico, realizado na região da Beira Baixa mais propriamente no concelho de Idanha-a-Nova – Portugal.

A recolha da amostra foi efetuada entre julho de 2021 e fevereiro de 2022. No final da recolha de dados procedeu-se à categorização de todas as variáveis recolhidas e de seguida ao tratamento estatístico das mesmas.

A população deste estudo engloba todos os indivíduos com mais de 18 anos e com residência oficial no concelho de Idanha-a-Nova. A amostra foi recolhida através da seleção aleatória de ruas nos grandes aglomerados populacionais e aldeias nos pequenos aglomerados populacionais no concelho estudado, tendo sido calculada a partir da população total residente no concelho de Idanha-a-Nova com recurso aos censos nacionais de 2011, para uma prevalência de 50%, um intervalo de confiança de 95% e um erro amostral de 3%, obtendo-se um total de 961 indivíduos.

Protocolo de Estudo

Após a seleção por cluster das ruas e feito o deslocamento até aos indivíduos das ruas selecionadas, os indivíduos foram abordados nas suas residências e questionados relativamente ao seu consentimento de participação do estudo em causa. O estudo foi sempre previamente explicado e foram esclarecidas todas as dúvidas que pudessem existir. Caso consentissem a sua participação, a equipa de investigação procedia então à recolha da informação necessária a partir de um questionário, dados antropométricos com balança mecânica de chão e estadiómetro portátil desmontável, história familiar, patologias diagnosticadas, fatores de risco associados e terapêutica farmacológica. De seguida procedeu-se à avaliação da pressão arterial que foram categorizadas com recurso às *Guidelines de 2018 da European Society of Hypertension* e da *European Society of Cardiology*. Todos os indivíduos foram sujeitos a 3 avaliações de pressão arterial, intervaladas por 2 minutos entre cada uma. A braçadeira colocada sobre a artéria cubital, 2 a 3 cm acima da fossa antecubital, ajustada a cada membro. Foi de seguida realizada mais uma avaliação de pressão arterial, após 3 minutos da última avaliação, em posição ortostática, com o objetivo de averiguar se existe ou não hipotensão ortostática.

Variáveis Recolhidas

Neste estudo foram recolhidas variáveis quantitativas e qualitativas nominais e ordinais. As variáveis quantitativas recolhidas foram: idade, altura, peso, pressão arterial sistólica, pressão arterial diastólica, hipotensão ortostática e índice de massa corporal. As variáveis qualitativas nominais recolhidas foram: sexo, sedentarismo, tabagismo, hábitos alcoólicos, diabetes *Mellitus*, hipercolesterolemia, presença de doença cardíaca, história familiar de HTA e história familiar de doença cardíaca. As qualitativas ordinais foram a idade, por faixas etárias, e o IMC, por classes. Para o cálculo do IMC foi utilizada a fórmula: $\text{peso}/\text{altura}^2$. O IMC foi dividido em 4 classes e definiu-se como sedentários os indivíduos que não realizavam qualquer atividade física.

Análise Estatística

Os dados foram tratados e analisados estatisticamente recorrendo à criação de uma base de dados através do programa de análise estatística *Statistical Package for the Social Science*®, versão 25. Efetuou-se uma análise descritiva qualitativa e quantitativa com a finalidade de testar as hipóteses entre variáveis

através de métodos estatísticos como o desvio padrão, valores mínimos e máximos, frequências absolutas e relativas e cálculo das médias.

Recorreu-se ao teste de *Kologorov-Smirnov* para testar a distribuição da normalidade da amostra, tendo-se percebido que a amostra era anormalmente distribuída, utilizando-se assim o teste não paramétrico do qui-quadrado de modo a relacionar as diversas variáveis com os diferentes tipos de HTA, sendo definido que um *p value* com valores iguais ou inferiores a 0,05 eram estatisticamente significativos.

Questões Éticas de Investigação

O presente estudo foi baseado numa investigação em seres humanos, tendo como alvo a investigação médica, sendo assim imperativo respeitar os princípios mencionados na declaração Helsínquia⁽¹²⁾. Toda a equipa de investigação comprometeu-se ao cumprimento dos princípios mencionados e declara inexistência de conflito de interesses.

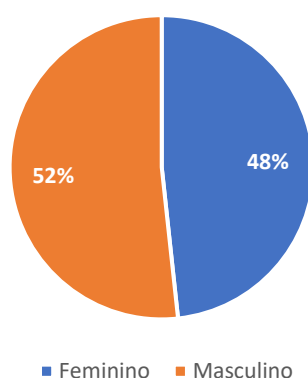
Todos os indivíduos selecionados de forma aleatória que se disponibilizaram a contribuir no presente estudo tiveram o devido esclarecimento das dúvidas, acesso a um consentimento informado que foi devidamente explicado e esclarecido, o indivíduo ainda informado que a qualquer momento era livre de abandonar o estudo em qualquer momento, caso o pretendesse. Todos os dados recolhidos foram codificados sendo garantida a confidencialidade dos mesmos.

O presente estudo não tem quaisquer fins lucrativos, apenas tem interesse científico.

4 RESULTADOS

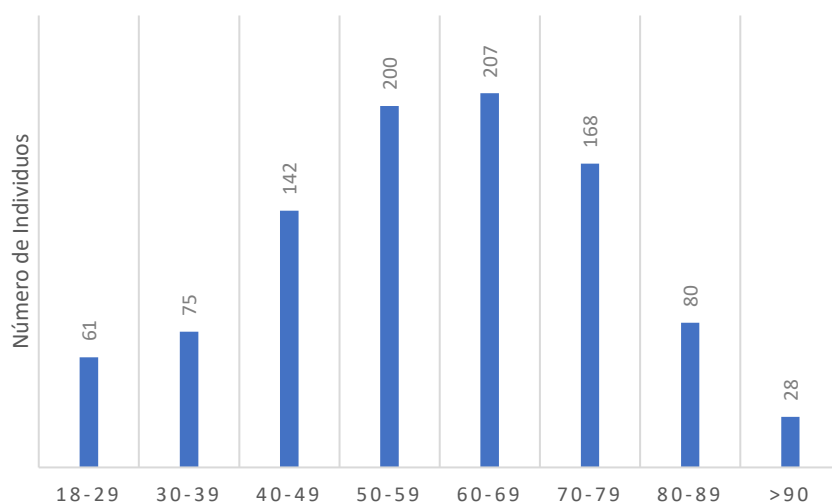
A amostra conta com um total de 961 indivíduos todos adultos residentes no concelho de Idanha-a-Nova, 51,7% sujeitos do sexo masculino e 48,3% do sexo feminino (gráfico 1).

Gráfico 1 – Distribuição da Amostra por Sexo



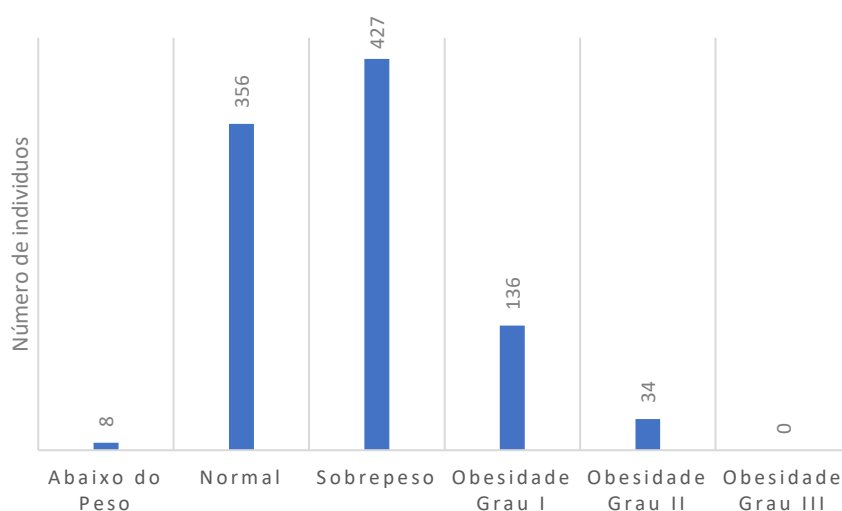
Com idades compreendidas entre os 20 e os 100 anos de idade, contando com uma média de idades de 58,80 e um desvio padrão de $\pm 17,005$ anos, a classe etária dos 60 aos 69 anos a mais prevalente na presente amostra (21,5%), como se pode verificar no gráfico 2.

Gráfico 2 – Distribuição dos Inquiridos pelas Diferentes Classes Etárias



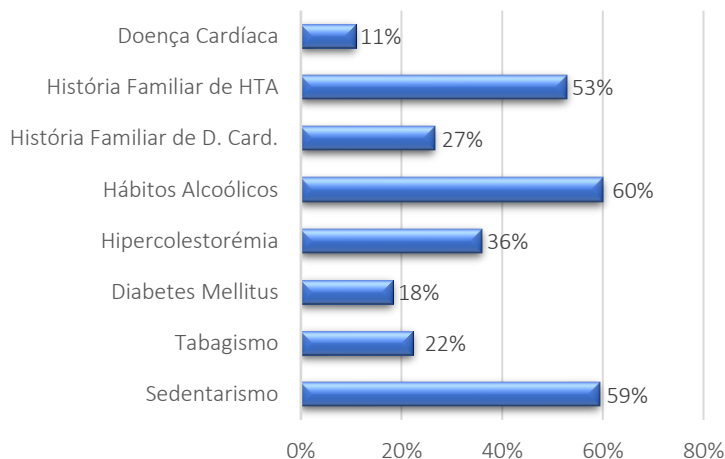
Quanto ao índice de massa corporal, este apresenta uma média de $26,3 \text{ kg/m}^2 \pm 4,05 \text{ kg/m}^2$, com valores entre os $17,78 \text{ kg/m}^2$ e os $39,87 \text{ kg/m}^2$. Dos indivíduos que participaram no estudo a maioria apresentava valores de IMC acima do limite da normalidade, verificando-se que 44,4% tinha valores de IMC compatíveis com sobrepeso e 17,7% apresenta obesidade. Na distribuição da amostra por classes de IMC, verifica-se ainda que 37,04% tem o peso dentro dos valores da normalidade e 0,83 encontram-se abaixo do peso, como podemos analisar através do gráfico 3.

Gráfico 3 – Distribuição dos Inquiridos pelas Diferentes Classes de Índice de Massa Corporal



Após a recolha dos dados e o seu tratamento estatístico, como mostra o gráfico 4, o fator de risco mais prevalente na amostra estudada foram os hábitos alcoólicos (59,9%), um fator de risco modificável, seguindo-se o sedentarismo (59,3%), a história familiar de HTA (53%) e a hipercolesterolemia (35,9%).

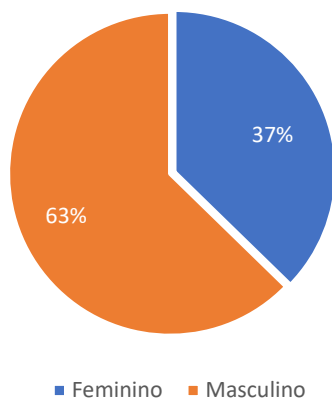
Gráfico 4 – Fatores de Risco Presentes no Estudo dos Residentes do Concelho de Idanha-a-Nova



Legenda: % - Percentagem; HTA - Hipertensão Arterial; D. Card. - Doença Cardíaca

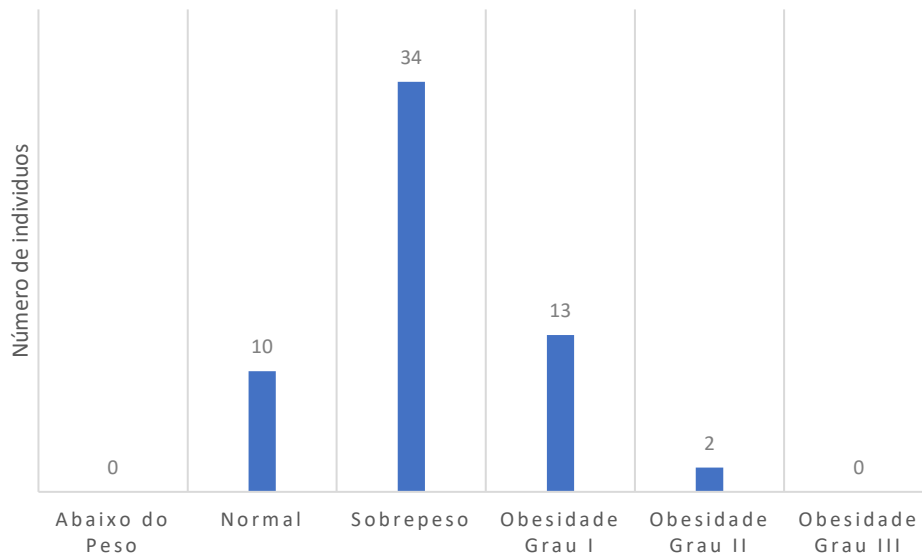
Determinou-se uma prevalência de 6,1% de hipotensão ortostática nos indivíduos adultos no concelho de Idanha-a-Nova, dos quais a maioria pertence ao sexo masculino (62,7%), com idades compreendidas entre os 60 e os 69 anos de idade.

Gráfico 5 – Distribuição dos Indivíduos com Hipotensão Ortostática por Sexo



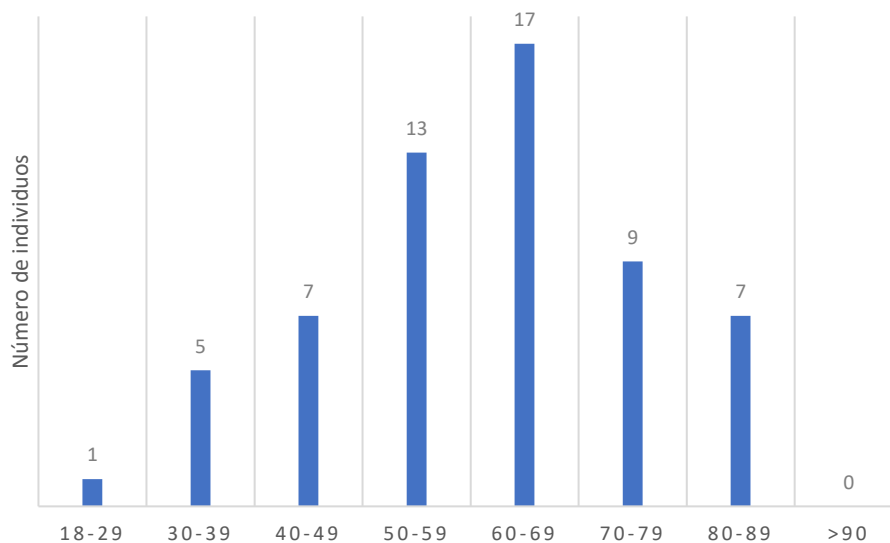
Quanto ao IMC, analisando o gráfico 6, verifica-se que a classe de IMC com maior prevalência de hipotensão ortostática é o sobrepeso (28,8%), sendo que, indivíduos abaixo do peso e com obesidade grau III não se observaram indivíduos com hipotensão ortostática.

Gráfico 6 – Distribuição dos indivíduos com Hipotensão Ortostática nas diferentes Classes de Índice de Massa Corporal



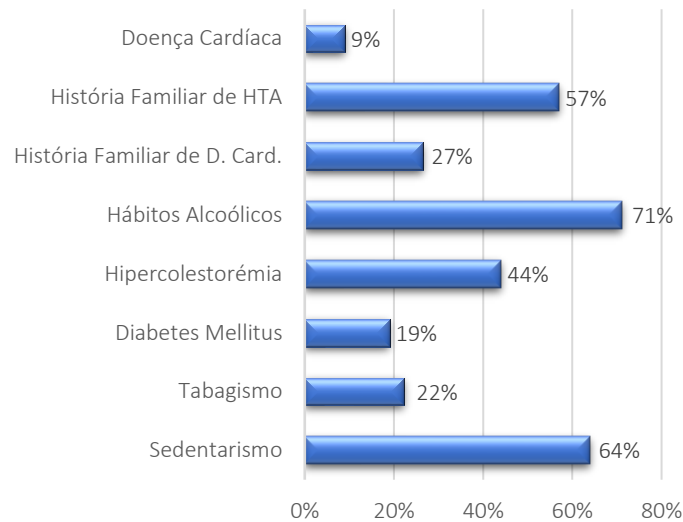
Quanto à idade, analisando o gráfico 7, verifica-se que a faixa etária com maior prevalência de hipotensão ortostática é a classe dos 60 aos 69 anos (28,8%), sendo que, em idades acima dos 90 anos não se observaram indivíduos com hipotensão ortostática.

Gráfico 7 – Distribuição dos Indivíduos com Hipotensão Ortostática nas Diferentes Classes Etárias



Após a recolha da amostra e o tratamento estatísticos dos dados obtidos, como mostra o gráfico 8, o fator de risco mais prevalente na amostra estudada foram os hábitos alcoólicos (71%), seguindo-se o sedentarismo (64%), a história familiar de HTA (57%) e a hipercolesterolemia (44%).

Gráfico 8 – Fatores de Risco Presentes nos Indivíduos com Hipotensão Ortostática



Legenda: % - Percentagem; HTA - Hipertensão Arterial; D. Card. - Doença Cardíaca

A fim de determinar a possível relação estatística entre a hipotensão ortostática e os fatores de risco em estudo, recorreu-se ao teste do qui-quadrado, tendo sido encontrada relação estatisticamente significativa com a HTO apenas o fator de risco IMC, tal como discriminado na tabela 1.

Tabela 1 – Relação entre Hipotensão Ortostática e os Fatores de Risco em Estudo

Fatores de risco	<i>p value <0,05</i>
Sexo	0,081
Idade	0,492
IMC	0,016
Sedentarismo	0,411
Tabagismo	0,810
Hábitos alcoólicos	0,069
Diabetes Mellitus	0,333
Hipercolesterolemia	0,399
História familiar de HTA	0,498
História familiar de Doença Cardiovascular	0,987
Doença Cardíaca	0,549

Legenda: HTA – hipertensão arterial; IMC – índice de massa corporal

5 DISCUSSÃO

Os resultados obtidos dão-nos informações quanto à prevalência de hipotensão ortostática, ao seu tratamento e controlo na população adulta do concelho em estudo, dado que esta temática continua a ser um problema grave e crescente de saúde pública, tanto a nível mundial como nacional.

Com o objetivo de determinar a presença de hipotensão ortostática no concelho de Idanha-a-Nova foi realizada uma última avaliação de pressão arterial após 3 minutos da última medição, em posição ortostática. Pode-se verificar que os valores médios de pressão arterial em posição ortostática são mais elevados que os valores médios avaliados com os indivíduos sentados, tal facto deve-se ao funcionamento normal do organismo humano.⁽⁶⁾ A hipotensão ortostática é descrita como sendo um preditor relevante de

quedas, uma das causas mais comuns de síncope, de doença cerebrocardiovascular e de risco de mortalidade. sendo que está presente em aproximadamente 6% da população em geral ⁽¹³⁻¹⁵⁾, prevalência semelhante à encontrada no concelho de Idanha-a-Nova em que 6,1% dos inquiridos apresentaram hipotensão ortostática, sendo superior no sexo masculino (62,7%) e com idades compreendidas entre os 60 e os 69 anos. Este valor vai de encontro com os resultados obtidos em outros estudos do PPABB, em Proença-a-Nova 5,3% da amostra tinha hipotensão ortostática e no concelho do Fundão 4,8%, sendo a percentagem mais elevada em mulheres no concelho de Proença-a-Nova, contrariamente aos do concelho do Fundão e deste estudo. ^(5,6)

Relativamente à relação entre a hipotensão ortostática e os fatores de risco constatou-se que o IMC é o único com relação estatisticamente significativa, apesar de sabermos que todos os fatores de risco e o estilo de vida são preponderantes na avaliação do risco cerebrocardiovascular. Contrariamente, o estudo de Proença-a-Nova que apresentou qualquer relação estatística com nenhum dos fatores de risco em estudo, já no concelho do Fundão verificou-se relação estatística com o IMC, tal como neste estudo, mas também com diabetes *Mellitus*, a idade, doença cardíaca, os hábitos alcoólicos, a hipercolesterolemia e a história familiar de HTA e história família de doença cardíaca. ^(5,6)

A hipotensão ortostática é uma condição clínica e sugere-se que deva ser incluída na rotina de vigília dos utentes quando avaliados pelos profissionais de saúde, principalmente em faixas etárias mais avançadas, visto que é um fator relevante. Caracteriza-se como um fator de risco para a morbimortalidade por doença cerebrocardiovascular e o seu diagnóstico é fácil e não acarreta custos acrescidos.

O acesso à saúde muitas vezes encontra-se restringido nestas zonas do país devido às longas distâncias entre as mais variadas aldeias e os postos de saúde, o que leva à necessidade de acompanhamento mais próximo pelas equipas de investigação, de saúde do concelho e eventualmente das escolas superiores de saúde que existem na região, também elas com um papel fundamental a desempenhar na sociedade.

6 CONCLUSÃO

Encontrou-se uma prevalência de 6,1% de hipotensão ortostática condição que deve ser altamente valorizada, pois caracteriza-se por ser um importante marcador de risco cerebrocardiovascular, não só por possíveis lesões, mas também pela morbidade e mortalidade por doença cerebrocardiovascular. Apenas o IMC apresentou significância estatística, no entanto todos os outros fatores de risco são importantes no controlo deste marcador de risco.

No decorrer do estudo foram encontradas algumas limitações, nomeadamente no processo de recolha, uma vez que a amostra foi recolhida em período de pandemia de COVID-19, o que levou a um certo receio por parte da população, não se demonstrando muito recetiva e disponível para participar no estudo. Também houve a dificuldade relacionada com a desertificação das aldeias/ruas selecionadas por cluster. Após a reconsideração destas dificuldades e dos problemas existentes nesta população, existe efetivamente uma necessidade de os cuidados de saúde primários terem um papel mais ativo junto da

comunidade, principalmente no interior, onde a população é mais envelhecida e por consequência mais solitária.

REFERÊNCIAS

1. Veronese N, Rui M de, Bolzetta F, Zambon S, Corti MC, Baggio G, et al. Orthostatic Changes in Blood Pressure and Mortality in the Elderly: The Pro.V.A Study. *American Journal of Hypertension* [Internet]. 2015 [cited 2022 Jun 18];28(10). Available from: <https://academic.oup.com/ajh/article/28/10/1248/2743267>
2. Goldstein DS, Sharabi Y. Neurogenic Orthostatic Hypotension A Pathophysiological Approach. *Circulation* [Internet]. 2009 Jan 1 [cited 2022 Jun 18];119(1):139. Available from: </pmc/articles/PMC4182314/>
3. Filho M, Barros R, Campos D. HIPOTENSÃO POSTURAL EM INDIVÍDUOS COM IDADE SUPERIOR A 60 ANOS. 2007;
4. In Sinn D, Gibbons CH. Pathophysiology and Treatment of Orthostatic Hypotension in Parkinsonian Disorders. *Curr Treat Options Neurol* [Internet]. 2016 Jun 1 [cited 2022 Jun 16];18(6). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27138287/>
5. Tomaz T, Coelho P, Pereira A. PROGRAMA DA PRESSÃO ARTERIAL DA BEIRA BAIXA, HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA-CONCELHO DE PROENÇA-A-NOVA BEIRA BAIXA'S BLOOD PRESSURE PROGRAM, ORTHOSTATIC HYPOTENSION-COUNTY OF PROENÇA-A-NOVA. *HIGEIA*. 2019;7–15.
6. Pinto S, Santos A, Rodrigues F. Programa de Pressão Arterial da Beira Baixa - Hipertensão Arterial e Hipotensão Ortostática no concelho do fundão. *Egitania Scientia*. 2021;
7. Paula A, Velten C, Benseñor I, Bottoni De Souza J, Mill JG. Fatores associados à hipotensão ortostática em adultos: estudo ELSA-Brasil Factors associated with orthostatic hypotension in adults: the ELSA-Brasil study Factores asociados a la hipotensión ortostática en adultos: estudio ELSA-Brasil. [cited 2022 Jun 18]; Available from: <https://www.ibm.com/>
8. Zhou Y, Ke SJ, Qiu XP, Liu L bin. Prevalence, risk factors, and prognosis of orthostatic hypotension in diabetic patients: A systematic review and meta-analysis. *Medicine* [Internet]. 2017 Sep 1 [cited 2022 Jun 18];96(36). Available from: </pmc/articles/PMC6392609/>
9. Low PA, Tomalia VA. Orthostatic Hypotension: Mechanisms, Causes, Management. *Journal of Clinical Neurology (Seoul, Korea)* [Internet]. 2015 Jul 1 [cited 2022 Jun 18];11(3):220. Available from: </pmc/articles/PMC4507375/>
10. Sá M, Sá M, Ferreira R. Risco de hipotensão arterial em idosos em uso de medicação antihipertensiva sem acompanhamento clínico adequado. *Rev Bras Clin Med*. 2009;
11. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Böhm M, et al. 2013 ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* [Internet]. 2013 Jul 21 [cited 2022 Jun 16];34(28):2159–219. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23771844/>
12. Associação Médica Mundial. Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial. 2013.
13. Brunström M, Carlberg B. Association of Blood Pressure Lowering With Mortality and Cardiovascular Disease Across Blood Pressure Levels A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med* [Internet]. 2018;178(1):28–36. Available from: <https://jamanetwork.com/>
14. Pinheiro SB, Barbosa A de S, Cárdenas CJ de, Silva ML da, Dutra MC. HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA E O RISCO DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM IDOSOS. *Revista Pesquisa em Fisioterapia* [Internet]. 2015 May 23 [cited 2022 Jun 17];5(1):38–42. Available from: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/fisioterapia/article/view/476>

15. Ricci F, de Caterina R, Fedorowski A. Orthostatic Hypotension: Epidemiology, Prognosis, and Treatment. *J Am Coll Cardiol* [Internet]. 2015 Aug 18 [cited 2022 Jun 17];66(7):848–60. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26271068/>

A importância do cuidado continuado do paciente esquizofrênico na atenção básica: um relato de caso



10.56238/tbcmdiv1-010

Mellânia Rodrigues Goveia

Tauanne Fernanda dos Santos

Gleyson Murillo Aguilera Moraes

Milena Almeida de Carvalho

Camila Borges Siqueira Campos

RESUMO

A esquizofrenia e os denominados transtornos esquizofrênicos constituem um grupo de distúrbios

mentais graves, sem sintomas patognomônicos, mas caracterizados por distorções do pensamento e da percepção, por inadequação e embotamento do afeto sem prejuízo da capacidade intelectual, embora ao longo do tempo possam aparecer prejuízos cognitivos (IPAC; ARTES MÉDICAS, 2000)

ABSTRACT

Schizophrenia and the so-called schizophrenic disorders constitute a group of severe mental disorders, without pathognomonic symptoms, but characterized by distortions of thought and perception, by inadequacy and blunting of affect without impairment of intellectual capacity, although cognitive impairment may appear over time (IPAC; ARTES MÉDICAS, 2000)

1 INTRODUÇÃO

A esquizofrenia e os denominados transtornos esquizofrênicos constituem um grupo de distúrbios mentais graves, sem sintomas patognomônicos, mas caracterizados por distorções do pensamento e da percepção, por inadequação e embotamento do afeto sem prejuízo da capacidade intelectual, embora ao longo do tempo possam aparecer prejuízos cognitivos (IPAC; ARTES MÉDICAS, 2000). Tenório (2016) define a patologia como sendo um grupo de psicoses caracterizado “por uma alteração do pensamento, do sentimento e das relações com o mundo exterior.” A personalidade “perde sua unidade”, os conceitos perdem sua integridade, muitas vezes reduzidos à representações parciais, a atividade associativa é fragmentada, interrompendo-se bruscamente, perdendo sua continuidade. Ocorre também alterações com relação à manifestação do afeto, nos casos mais brandos ele manifesta-se de modo inadequado e nos mais graves deixa de existir. Esses sintomas chamados fundamentais ficaram conhecidos como os “3 A's da Esquizofrenia de Bleuler”: ambivalência, associações não íntegras e afeto inadequado. Tal patologia é a que acomete a paciente do relato em questão, com diagnóstico dado, provavelmente, cerca de 10 anos atrás, e a confirmação, mais atual, por parte do psiquiatra da equipe envolvida.

Referência representa o maior grau de complexidade, no qual o usuário é encaminhado para um atendimento com níveis de especialização mais complexos, tais como hospitais e clínicas especializadas. Já a contrarreferência diz respeito ao menor grau de complexidade, quando a necessidade do usuário, em relação ao serviço de saúde, é mais simples, ou seja, o paciente pode ser contrarreferenciado, isto é, conduzido para um atendimento em um nível mais primário, devendo ser esta a unidade de saúde mais próxima de seu domicílio, sendo que esta deve receber todas as informações a respeito do que fora executado com o paciente da atenção secundária e/ou terciária (SANTOS, 2015). Nesse sentido, o caso aqui relatado foi alvo de uma falha nesse mecanismo, uma vez que a Atenção Primária não recebeu nenhuma

informação a respeito do caso, bem como não foi fornecida à paciente sua carta de alta, prejudicando a boa evolução do quadro.

A continuidade do cuidado de pacientes com transtornos mentais depende da facilidade e da disponibilidade de acesso aos serviços. Dar continuidade ao cuidado envolve também as abrangências dos serviços, sempre procurando reavaliar a efetividade das condutas e seu poder de resolubilidade sobre o caso, bem como o retorno do paciente ao médico que prescreveu o plano de cuidado. Soma-se a isso estabelecer locais de destinos para situações de crise, diversidades de dispositivos de tratamento, redes de suporte social e oferta de transporte para os serviços disponibilizados (SOUZA et al 2012). Vê-se que todo esse mecanismo de suma importância para a saúde do paciente não foi aplicado ao caso em questão, trazendo consigo consequências para o bem-estar da paciente.

2 OBJETIVO

Relatar situação clínica de uma paciente com suposto diagnóstico prévio de esquizofrenia, há 10 anos sem reavaliação psiquiátrica, na área de abrangência da UBSF Dr. Fernando de Arruda Torres na cidade de Campo Grande-MS.

3 METODOLOGIA

De início foi nos apresentado o caso da paciente A., dado o histórico psiquiátrico que acometia a ela e sua irmã. Esta, porém, evoluiu para um estado comatoso, posteriormente, com parcial reversibilidade, porém permanecendo acamada. A tal situação, atribui-se como sendo erro de diagnóstico. A fim de evitar tal desfecho paciente a equipe resolveu reavaliar seu caso.

Nesse sentido, o primeiro passo foi a realização de uma visita domiciliar (VD) a fim de verificar como o seu tratamento prosseguia. A paciente foi encontrada em seu lar com os cuidados básicos de ambiente e higiene mantidos, porém em um estado de negação de seu quadro patológico. A mesma dizia estar completamente bem e não precisar de nenhum tratamento ou medicação. Porém, seus trejeitos, fala e comportamento eram claramente de alguém que não estava em estado psiquiátrico adequado. Tal situação, foi confirmada pela filha, que nos relatou que a mãe era tratada com haloperidol 5mg, sem a paciente saber, mascarando a medicação em bebidas de consumo diário, tais como mate e tereré. Com relação à história clínica pregressa de sua mãe a filha não dispunha de informações relevantes, alegando que quem saberia dar mais detalhes a respeito do caso seria seu pai. Desse modo, marcamos a visita de seu pai à Unidade para que a história clínica da paciente pudesse ser colhida adequadamente.

Na semana seguinte senhor H. compareceu à UBSF e nos relatou que sua esposa sofre de problemas psiquiátricos desde 1991, ocasião na qual sofreu um aborto espontâneo. Desde então, paciente passou a apresentar uma série de alterações psicológicas, cita-se: esquecimento, nervosismo, agitação e agressividade. Em 1994, foi internada em sanatório, na cidade de Campo Grande- MS, o qual seu marido não sabe referir o nome. Lá permaneceu por aproximadamente 2 anos, quando recebeu alta. Porém, a

paciente nunca apresentou melhora significativa sofrendo por vários anos com crises de surto psicótico e com atendimentos emergenciais na Santa Casa, UPA's e CRS's. O marido refere, também, que a mais de 10 anos a esposa faz uso de haloperidol 5mg, não se lembrando o autor e nem a ocasião da prescrição original, relatando apenas a troca de receita na UBSF local, sem reavaliação psiquiátrica por toda essa década.

Posteriormente a coleta da história com Sr. H., cruzamos as informações concedidas com o sistema de saúde da prefeitura e não encontramos, nesse sistema, nenhuma consulta psiquiátrica. Estando o médico da equipe apenas reproduzindo uma receita advinda de uma suposta internação na Santa Casa de Campo Grande. Além disso, levantou-se o histórico vacinal da paciente e nenhuma vacina se quer foi encontrada, bem como consultas de rotina e para realização de exames preventivos, fato que comprova sua aversão ao atendimento médico.

A paciente foi, então, encaminhada para o Centro de Especialidades Médicas da Uniderp (Cemed-Uniderp) para uma consulta com o psiquiatra Beverly Martines, que após uma série de testes obteve como hipótese diagnóstica, esquizofrenia com aspectos positivos, bem como realizou a troca da medicação em uso para risperidona 1mg, que é mais indicada para sua situação uma vez que, de acordo com o Dr. que lhe atendeu, o haloperidol só iria piorar eu estado patológico, além dos efeitos colaterais adversos que o acompanham, como os espasmos neuromusculares que a paciente apresentava. A nova medicação além de não trazer tais malefícios atuará com maior efetividade na resolução de seu quadro. Ainda ao momento da consulta, forneceu um laudo à paciente para que ela pudesse adentrar como o pedido de benefício por problemas de saúde e solicitou retorno para daqui há 2 semanas.

4 DESENVOLVIMENTO

O presente relato obteve, de início, como resultado um avanço no sentido de aceitação de ajuda médica por parte da paciente, que não costuma frequentar consultas por livre e espontânea vontade, somente em suas crises psicóticas, na qual era levada forçadamente. Além de propiciar rápido atendimento psiquiátrico especializado, novo plano de cuidados e o laudo para que ela ingressasse com o pedido de benefício, dada suas condições de saúde, que a deixam incapaz de trabalhar segundo o regime trabalhista vigente.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dado o exposto vê-se a necessidade de acompanhamento contínuo dos pacientes, sejam eles psiquiátricos ou não, sempre reavaliando o plano de cuidado em exercício e sua eficiência a fim de sempre promover o bem-estar do paciente.

REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association. Diretrizes do tratamento da esquizofrenia. Formulação e implementação de um plano terapêutico. Porto Alegre: Artes Médica; 2000.

SANTOS, Miguel de Castro. Sistema de referência - contrarreferência em saúde em São Sebastião da Vitória, distrito de São João del Rei - MG: o papel da rede de atenção básica. 2015. 32 f. TCC (Graduação) - Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família, Ufmg, São João del Rei - Mg, 2015. Disponível em:
<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Sistema_de_referencia_contrarreferencia.pdf>
. Acesso em: 17 maio 2019.

TENORIO, Fernando. Psicose e esquizofrenia: efeitos das mudanças nas classificações psiquiátricas sobre a abordagem clínica e teórica das doenças mentais. História ciência saúde-Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 941-963, Dec. 2016. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702016000400941&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 de Maio de 2019.

The International Psychopharmacology Algorithm Project. Disponível em: www.ipap.org. Acesso em: 17 de maio 2019.