EDITORA
PASTEUR

Epidemiologia
e Políticas Públicas de Saúde

Volume 1

Editor Chefe:
Guilherme Barroso L. De Freitas

EDITORA
PASTEUR

Epidemiologia
e Políticas Públicas de Saúde

Volume 1

Editor Chefe:
Guilherme Barroso L. De Freitas

2020 by Editora Pasteur
Copyright da produção © Editora Pasteur
Os autores são responsáveis por todo conteúdo presente nos capítulos

Editor Chefe:

Dr Guilherme Barroso Langoni de Freitas

Corpo Editorial:

Dra. Aldenora Maria Ximenes Rodrigues
Dr. Daniel Brustolin Ludwig
Dr. Durinézio José de Almeida
Dr. Everton Dias D'Andréa
Dr. Fábio Solon Tajra
Francisco Tiago dos Santos Silva Júnior
MSc. Guilherme Augusto G. Martins
Dr. Lucas Villas Boas Hoelz (FIOCRUZ/RJ)
MSc. Lyslian Joelma Alves Moreira
Dra. Márcia Astrês Fernandes
Dr. Otávio Luiz Gusso Maioli
MSc. Raul Sousa Andreza

Organizadores:

Dr. Guilherme Barroso Langoni de Freitas
MSc. Guilherme Augusto Gomes Martins

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Editora Pasteur, PR, Brasil)

FR862c FREITAS, Guilherme Barroso Langoni de.
Epidemiologia e Políticas Públicas de Saúde / Guilherme Barroso Langoni de Freitas 1. ed. - Irati: Pasteur, 2020.
1 livro digital; 425 p.; il.

Modo de acesso: Internet
https://doi.org/10.29327/522780
ISBN: 978-65-86700-11-4,

1. Saúde 2. Epidemiologia 3. Políticas I. Título.

CDD 610
CDU 601/618

APRESENTAÇÃO

A epidemiologia é o campo da ciência médica que investiga os fatores que determinam a presença ou ausência de doenças e distúrbios. Ela nos orienta sobre características de doenças, comunidades e desfechos, relacionando números com suas mudanças inerentes na sociedade. O estudo epidemiológico sempre teve como base o estudo de campo, a presença do profissional e a análise de dados provenientes de vivências de terceiros. Interpretar esses dados e associá-lo a perspectivas de políticas públicas eficientes, universais ou in loco, é desafio contínuo. Essa coletânea traz o conjunto de estudos selecionados para aprofundar nesta ciência tão valiosa.

Prof. Dr. Guilherme Barroso Langoni de Freitas
Docente da Universidade Federal do Piauí (UFPI)
Departamento de Bioquímica e Farmacologia
Diretor Científico do Grupo Pasteur
Editor Chefe da Editora Pasteur

SUMÁRIO

Capítulo 1

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM RISCO DE SUICÍDIO: UNIVERSO DAS EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS..... 1

Capítulo 2

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA ESQUISTOSSOMOSE MANSÔNICA NO NORDESTE BRASILEIRO NO PERÍODO DE 2012 A 2016..... 19

Capítulo 3

INFLUÊNCIA DAS PARASITOSES INTESTINAIS NOS ASPECTOS COGNITIVOS E COMPORTAMENTAIS EM CRIANÇAS DE FASE ESCOLAR..... 30

Capítulo 4

ACOLHIMENTO NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA..... 40

Capítulo 5

HIV/AIDS NO BRASIL: PARADIGMAS EPIDEMIOLÓGICOS E SOCIAIS..... 51

Capítulo 6

CARACTERIZAÇÃO DO SUICÍDIO NO BRASIL NO SÉCULO XXI..... 66

Capítulo 7

INFECÇÃO POR ENTEROPARASITOS, INDICADORES SOCIOECONÔMICOS E DE SAÚDE – COMUNIDADE DE OURIVES, JAGUARIPE – BAHIA..... 83

Capítulo 8

SÍFILIS CONGÊNITA E PERFIL DA ASSISTÊNCIA MATERNA EM UM MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DO CARIRI, CEARÁ..... 95

Capítulo 9

A PRÁTICA PROFISSIONAL DO PSICÓLOGO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA INTEGRATIVA..... 106

Capítulo 10

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA DESNUTRIÇÃO INFANTIL E AS POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL..... 115

Capítulo 11

EPIDEMIOLOGIA DOS CASOS NOTIFICADOS DE LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA NO ESTADO DO PIAUÍ ENTRE 2015 E 2019..... 123

Capítulo 12

PREVALÊNCIA DE SARCOPENIA EM IDOSOS ACIMA DE 65 ANOS ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU..... 130

Capítulo 13

O SEDENTARISMO COMO AGRAVO NOS FATORES DE RISCO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA POPULAÇÃO EM MINAS GERAIS..... 141

Capítulo 14

EPIDEMIOLOGIA DOS ACIDENTES APÍLICOS NO BRASIL..... 148

Capítulo 15

CUIDADOS GESTACIONAIS: IMUNIZAÇÃO E ORIENTACÕES PARA MÃES E O BEBÊ – RELATO DE EXPERIÊNCIA..... 163

Capítulo 16

O PERFIL DO IDOSO COM HIV NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL: UMA PERSPECTIVA PARA A GESTÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS..... 167

Capítulo 17

CÁRIE E DOENÇA PERIODONTAL EM POPULAÇÃO ASSISTIDA PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – UM ESTUDO TRANSVERSAL..... 177

Capítulo 18

MULHERES VÍTIMAS DE AGRESSÃO NO PANORAMA DA VIOLÊNCIA NO ESPÍRITO SANTO..... 190

Capítulo 19

PREVALÊNCIA DE DIABETES MELLITUS (DM) E COMPLICAÇÕES AUTORREFERIDAS EM PESSOAS ACIMA DE 40 ANOS NOS MUNICÍPIOS DE VARGINHA, TRÊS CORAÇÕES, LAMBARI E GUAPÉ, MINAS GERAIS..... 205

Capítulo 20

SAÚDE E ARTE: AFETAÇÕES DE UM DISCENTE DURANTE A FORMAÇÃO EM MEDICINA..... 224

Capítulo 21

INTERNAÇÕES EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTES DE TRANSPORTE EM MINAS GERAIS: UMA AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA PANDEMIA DA COVID-19..... 236

Capítulo 22

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO COM HIV NO PERÍODO DE 2010 A 2018..... 252

Capítulo 23

SAÚDE DA MULHER – UMA LINHA DO TEMPO ACERCA DA VIOLÊNCIA SEXUAL..... 259

Capítulo 24

ACIDENTES COM ANIMAIS PEÇONHENTOS EM PEDRO II-PI: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E UMA ATIVIDADE EDUCATIVA COM ALUNOS DO ENSINO FUNDAMENTAL..... 265

Capítulo 25

TRAUMA, CONSUMO DE ÁLCOOL E CAPITAL SOCIAL EM PACIENTES ATENDIDOS EM UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UM ESTUDO PILOTO..... 277

Capítulo 26

CYBERBULLYING E OS RISCOS RELACIONADOS NA PERCEPÇÃO DE ADOLESCENTES..... 292

Capítulo 27

A ESQUISTOSSOMOSE NO ESTADO DE SERGIPE: UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO..... 309

Capítulo 28

ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DE CASOS NOTIFICADOS DE SÍFILIS EM PEDRO II-PI E A EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO PROCESSO DE PREVENÇÃO DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS..... 320

Capítulo 29

PRINCIPAIS AGENTES ETIOLÓGICOS DA MENINGITE NA REGIÃO SUDESTE: UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO..... 332

Capítulo 30

JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO CONTEXTO DA PSIQUIATRIA: CONCEPÇÃO DOS TRABALHADORES..... 345

Capítulo 31

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES SUBMETIDAS AO EXAME PREVENTIVO CITOPATOLÓGICO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE EM JUIZ DE FORA – MG..... 357

Capítulo 32

EDUCAÇÃO SEXUAL NAS ESCOLAS COMO RECURSO PARA PREVENÇÃO AO ABUSO SEXUAL..... 365

Capítulo 33

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE POR HIV/AIDS NO NORDESTE DO BRASIL NO PERÍODO DE 2014 - 2018..... 376

Capítulo 34

TENDÊNCIA E FORMAS CLÍNICAS DA HANSENÍASE EM MATO GROSSO..... 389

Capítulo 35

PERFIL EPIDEMIOLOGICO DA HANSENÍASE EM MENORES DE 15 ANOS NO PERÍODO DE 2008-2017 NO PIAUÍ, BRASIL..... 395

Capítulo 36

AMERÍNDIOS E A PANDEMIA DE COVID-19: ANÁLISE HISTÓRICA E CONTEMPORÂNEA EM SAÚDE..... 408

CAPÍTULO 1

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM RISCO DE SUICÍDIO: UNIVERSO DAS EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS

Juliana M Magalhães[1], Kamilla P Saraiva[2], Erica P Oliveira[3], Adriana V Gomes[4], Ana B M Rodrigues[5], Fernanda K N Santos[6], Tamires K M Monte[7], Juliana F Sousa[8], Sayonnara F Maia[9]

[1] Docente do Departamento de Enfermagem, Uninovafapi, Teresina/PI. Doutoranda em engenharia biomédica, Universidade do Vale do Paraíba – UNIVAP, São José dos Campos/SP.
[2] Especialista em Saúde Pública, FACID Wyden, Teresina/PI.
[3] Especialista em Saúde da Família, Teresina/PI.
[4] Docente do Departamento de Enfermagem, Faculdade ViaSapiens, Tianguá/CE. Mestranda em Saúde da Família, Universidade Federal do Ceará - UFC, Sobral/CE.
[5] Mestranda em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí - UFPI, Teresina/PI.
[6] Especialista em Auditoria. Instituto de Pós-Graduação e Graduação, Teresina/PI.
[7] Especialista em Urgência e Emergência, Uninovafapi, Teresina/PI.
[8] Enfermeira, Uninovafapi, Teresina/PI.
[9] Mestre em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí, Teresina/PI.

Palavras-chave: *Cuidados de enfermagem; Tentativa de suicídio; Ideação suicida.*

1. INTRODUÇÃO

O suicídio é um fenômeno de ampla repercussão social e relevância epidemiológica na saúde pública global, sendo considerado a segunda causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos. Mais de 800 mil pessoas cometem suicídio anualmente e o Brasil ocupa a oitava posição neste *ranking* alarmante, principalmente ao considerarmos que o evento é evitável a partir de abordagens preventivas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Percebe-se que as discussões relacionadas a essa temática tem ganhado cada vez mais espaço na comunidade científica nos diversos campos profissionais, especialmente no âmbito da saúde, cujos questionamentos partem quase sempre do: “o que eu, enquanto

profissional da saúde, posso fazer para prevenir o suicídio?". É, portanto, nesse momento, que as especificidades de cada profissão começam a fazer sentido no problema em questão.

Destaca-se a necessidade de aprender a identificar os sinais de alerta para que as ações de prevenção ao suicídio sejam realizadas (SANTOS *et al.,* 2017). Para tanto, a Organização Mundial de Saúde revela que os inúmeros fatores de risco para o suicídio podem ser classificados de acordo com o ambiente em que o indivíduo está inserido ganhando destaque às áreas cujos fatores abrangem os sistemas de saúde, a sociedade, a comunidade, os relacionamentos e os fatores individuais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Criou-se um manual dirigido aos profissionais das equipes de saúde mental que orienta o manejo inicial de pessoas que se encontram sob risco suicida e as medidas de prevenção. Nesse manual, evidenciam-se as ações necessárias para lidar com o paciente, considerando a classificação de baixo, médio ou alto risco de suicídio (SILVA *et al.*, 2017).

Os profissionais de saúde são imprescindíveis na oferta de ações específicas voltadas à prevenção do suicídio e, neste contexto, o enfermeiro é fundamental no planejamento e organização do cuidado. Nesse sentido, a equipe de enfermagem destaca-se como fundamental para construção de propostas concretas de ações que visam a melhoria da qualidade de vida do indivíduo que pensa em suicídio, pois nestas propostas é possível considerar o sofrimento causado pelas questões que levam o sujeito a suicidar-se (MOREIRA & BASTOS, 2015).

Compreendendo-se a inserção dos profissionais de enfermagem neste contexto, e pressupondo a importância das evidências científicas para o conhecimento da realidade estudada, este estudo objetivou identificar as evidências científicas sobre a assistência de enfermagem ao paciente com risco de suicídio.

2. MÉTODO

Revisão integrativa de literatura realizada a partir de resultados de pesquisas primárias, sejam elas quantitativas ou qualitativas, relacionadas ao tema proposto e

mediado pela análise descritiva destas. Para efetivação da pesquisa, utilizaram-se as seguintes etapas: formulação da pergunta, busca nas bases de dados, apresentação tabular dos resultados para análise e interpretação dos dados (GALVÃO, 2010).

Elaborou-se a pergunta da pesquisa com a aplicação da estratégia PICo, em que o P corresponde ao paciente, I fenômeno de interesse, Co contexto do estudo. Assim, P refere-se aos pacientes com risco de suicídio, I assistência de Enfermagem, Co as evidências científicas sobre a assistência de enfermagem ao paciente com risco de suicídio, que resultou na seguinte questão: "Quais são as evidências científicas encontradas sobre a assistência de enfermagem ao paciente com risco de suicídio?".

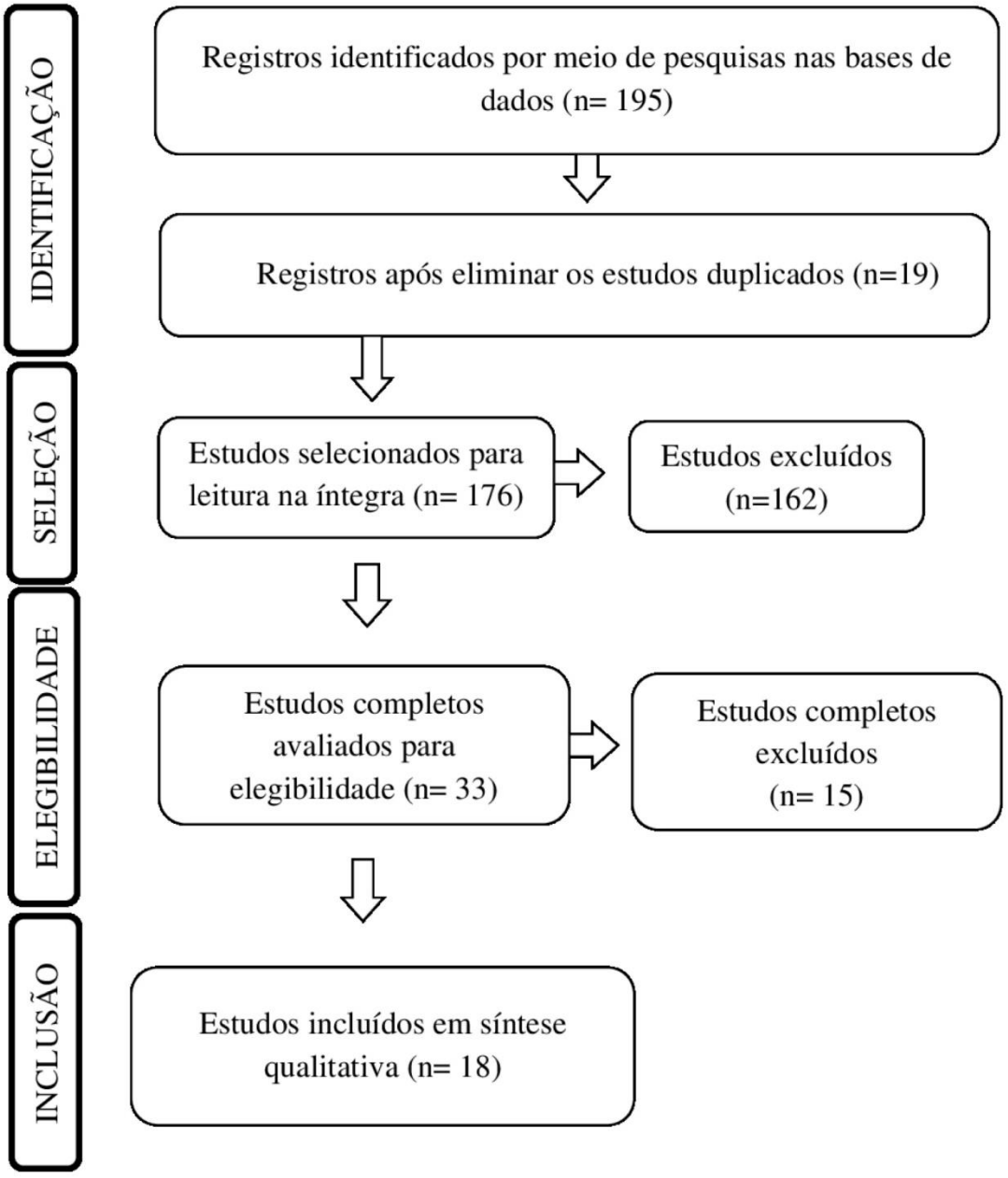
O levantamento bibliográfico foi realizado em fevereiro de 2018. No modo "pesquisa avançada" foi utilizado o cruzamento dos termos: "Nursing" e "Nursing care", com o operador booleano "OR", posteriormente combinado com os termos "Suicide" e "Suicide Attempted", com operador booleano "AND". Consultaram-se as bases eletrônicas de dados: Scientific Eletronic Library Online (SciELO); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), e na *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL).

Estabeleceu-se como critério de inclusão, estudos originais disponíveis na íntegra; publicados nos anos 2006 a 2017; nos idiomas português, inglês e espanhol. Foram excluídos estudos duplicados, revisão de literatura, tese, estudos de caso, artigos de opinião, editoriais e estudos que não atenderam ao objetivo proposto.

A partir destes critérios, a seleção dos artigos procedeu-se com leitura do título e resumo, já excluindo artigos que não tinham relação com o tema proposto. Quando o título e resumo não eram esclarecedores, realizou-se leitura na íntegra para que não houvesse perda de artigos relevantes para esta revisão. Através do referido procedimento de busca, foram identificadas, inicialmente, 954 publicações.

Após aplicar-se os critérios de inclusão foram selecionadas 195 publicações potencialmente elegíveis para este estudo; destes, foram excluídos, conforme critério pré-estabelecido, 162 publicações. Nesta etapa, os 33 artigos selecionados foram analisados na íntegra, 15 artigos foram excluídos por não atenderem ao objetivo. Ao final, a revisão foi realizada com 18 artigos, como apresentado na Figura 1.

Figura 1. Fluxograma representando o processo de identificação e seleção dos artigos no período de 2006 a 2017



Fonte: elaborado pelas autoras, norteado pelo protocolo PRISMA, 2020.

Utilizou-se para categorização das produções e elaboração de indicadores, que orientam a interpretação final, o instrumento de coleta que contemplava: base de dados, número do artigo, periódico, autor, ano de publicação, tipo de estudo, objetivos,

metodologia, resultados, estratégias e ferramentas utilizadas, assistência em diferentes níveis de atenção à saúde, dificuldades apontadas pelos profissionais e o nível de evidência. Realizou-se a sistematização dos dados por meio de figuras e pela técnica de análise de conteúdo.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram selecionadas 18 publicações para compor esta revisão. O maior número de publicações foi em 2012 (n=4) e em 2011 (n=3). No banco de dados SciELO, apenas duas publicações foram resgatadas (n=2), oito na MEDLINE (n=8), uma na LILACS (n=1); a base de dados CINAHL retornou sete publicações (n=7). Em relação ao periódico de publicação, prevaleceu a área de enfermagem (n=7), seguido por psiquiatria ou saúde mental (n=4) e medicina (n=2), com abordagens qualitativas (n=11). Somente três artigos foram publicados em periódicos nacionais. (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos estudos conforme ano de publicação, banco de dados e periódicos de publicação. (n=16) Teresina, 2017

Ano de Publicação	N	Percentual (%)
2006	1	5,6
2007	2	11,1
2008	1	5,6
2009	-	-
2010	-	-
2011	3	16,7
2012	4	22,1
2013	2	11,1
2014	1	5,6
2015	2	11,1
2016	-	-
2017	2	11,1
Subtotal	**18**	**100**
Base de dados	**N**	**Percentual (%)**
SCIELO	2	11,1
MEDLINE	8	44,4
LILACS	1	5,6
CINAHL	7	38,9
Subtotal	**18**	**100**

Periódicos de publicação	N	Percentual (%)
Archives of Psychiatric Nursing	3	16,64
Depression and Anxiety	1	5,56
Journal of Advanced Nursing	3	16,64
Journal of Emergency Medicine	1	5,56
Colombia Médica	1	5,56
General Hospital Psychiatry	1	5,56
Texto & Contexto – Enfermagem	1	5,56
Journal of Clinical Nursing	2	11,11
Revista de enfermagem UFPE on line	1	5,56
Journal of Professional Nursing	1	5,56
Journal of Mental Health	1	5,56
Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing	1	5,56
Online Brazilian Journal of Nursing	1	5,56
Subtotal	**18**	**100**
Abordagem metodológica	**N**	**Percentual (%)**
Qualitativa	11	61,1
Quantitativa	07	38,9
Subtotal	**18**	**100**

Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

Com a finalidade de sintetizar e discutir os artigos selecionados foi utilizado um quadro sinóptico contemplando os seguintes parâmetros: autor, ano, objetivo, desenho do estudo (tipo de estudo/abordagem e participantes) e nível de evidência. Definiu-se o nível de evidência das publicações por meio do sistema de classificação do Instituto de Joanna Briggs. Em suma, os participantes caracterizados na variável "desenho do estudo" constituíram, essencialmente, enfermeiros, pacientes que apresentam risco para suicídio e/ou já tentaram, médicos e estudantes de enfermagem. (Quadro 1).

Quadro 1. Categorização dos artigos quanto a autores/ano (ordem cronológica), objetivo, tipo de estudo/abordagem e nível de evidência.

E	Autor/ Ano	Objetivo	Desenho do estudo	Nível de evidência
E01	SUN *et al.*, 2006	Aplicar teoria de cuidados de enfermagem a pessoas com ideias suicidas e aquelas com uma tentativa de suicídio anterior.	Descritivo, qualitativo de abordagem teórica fundamentada. Enfermeiras.	IV
E02	SUN *et al.*, 2007	Investigar atitudes de enfermeiras e fatores associados em relação a pacientes que tentaram suicídio.	Descritivo-exploratório de abordagem quantitativa. Enfermeiras.	III

E03	LARSSON *et al.*, 2007	Descrever atendimento de enfermagem a suicidas sob perspectiva teórica e usando o modelo *Sympathy–Acceptance–Understanding–Competence* (SAUC).	Descritivo-exploratório de abordagem qualitativa. Enfermeiros.	IV
E04	SUN *et al.*, 2008	Explorar percepções dos cuidadores e ex-pacientes suicidas dos sobre o ambiente doméstico e a prestação de cuidados no lar.	Descritivo-exploratório de abordagem qualitativa. Pacientes que tiveram ideação/tentativa de suicídio.	IV
E05	GHIO *et al.*, 2011	Obter visão das experiências individuais dos pacientes para obter fatores de risco e proteção, além da atitude em relação à assistência que recebem.	Descritivo-exploratório de abordagem qualitativa. Participantes hospitalizados por tentativa de suicídio.	IV
E06	KISHI *et al.*, 2011	Examinar atitudes entre os enfermeiros japoneses e a necessidade de treinamento em relação ao comportamento suicida.	Exploratório-descritivo, quantitativa. Enfermeiros.	III
E07	PIEDRAHITA *et al.*, 2011	Identificar fatores relacionados à tentativa de suicídio em um grupo de crianças e adolescentes.	Exploratório-descritivo, quantitativa. Crianças e adolescentes.	III
E08	TAUR *et al.*, 2011	Avaliar o rastreio do risco de suicídio com itens redefinidos para pacientes hospitalizados.	Exploratório-descritivo, quantitativa. Enfermeiros e pacientes.	III
E09	BRASIL *et al.*, 2012	Analisar o processo de cuidar da equipe de enfermagem na visão dos usuários intoxicados por tentativa de suicídio.	Exploratório-descritivo, qualitativa. Pacientes intoxicados por tentativa de suicídio.	IV
E10	EGAN *et al.*, 2012	Examinar preditores de eficácia pessoal no tratamento de pacientes que se automutilam.	Exploratório-descritivo, quantitativa. Enfermeiros e médicos.	III
E11	HECK *et al.*, 2012	Conhecer a visão e a atuação dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial, acerca do acolhimento de pessoas com tentativa ou risco de suicídio.	Exploratório-descritivo, qualitativa. Profissionais do CAPS.	IV
E12	BETZ *et al.*, 2013	Examinar crenças e comportamentos dos profissionais do departamento de emergência (ED) relacionados à prevenção de suicídios.	Exploratório-descritivo, quantitativa. Enfermeiros e médicos.	III
E13	SUN & LONG, 2013	Desenvolver uma teoria para guiar o processo de recuperação de uma recente tentativa de suicídio.	Exploratório-descritiva, abordagem qualitativa de teoria fundamentada. Pacientes e cuidadores.	IV
E14	SCHECKEL & NELSON, 2014	Obter informações sobre a preparação básica dos alunos no atendimento de pessoas suicidas.	Exploratório-descritivo, qualitativa. Estudantes de enfermagem.	IV

E15	HOLLIDAY & VANDERMAUSE, 2015	Interpretar as experiências de adolescentes que tentam suicídio e são admitidos no ED.	Exploratório-descritivo-transversal, qualitativo (Hermenêutica heideggeriana). Adolescentes que tentaram suicídio.	IV
E16	JONES *et al.*, 2015	Determinar as atitudes da equipe de enfermagem em relação a pacientes que tentaram suicídio do ponto de vista profissional e cultural.	Descritivo, qualitativa. Enfermeiros.	IV
E17	VEDANA *et al.*, 2017	Entender a experiência da equipe de enfermagem na urgência a pessoas com comportamento suicida.	Exploratório-descritivo, quantitativa. Profissionais de enfermagem.	III
E18	SANTOS *et al.*, 2017	Analisar as atitudes dos enfermeiros de emergência em relação a pacientes suicidas.	Exploratório-descritivo, qualitativa. Enfermeiros.	IV

Fonte: Dados obtidos a partir dos resultados da busca nas bases de dados SciELO, MEDLINE, LILACS e CINAHL.

Na análise foi possível identificar questões relevantes a respeito das ações e estratégias de cuidado do enfermeiro em relação a pacientes com risco de suicídio. Além disso, o relacionamento interpessoal estabelecido entre profissional e paciente interfere na gestão do risco para suicídio. Os resultados da análise do conteúdo dos 18 artigos estão apresentados no Quadro 2, em forma de duas categorias temáticas segundo as unidades de análise dos artigos e os estudos que contemplam o tema da categoria.

Quadro 2. Classificação dos artigos de acordo com as categorias, unidade de análise autores e número do estudo que contempla o tema da categoria

CATEGORIAS	**ESTUDOS (E)**	
	N	
Enfermeiro e as estratégias de cuidado para identificação, avaliação e manejo de pessoas com risco de suicídio.	07	E01, E07, E08, E11, E12, E13, E14
Relação interpessoal enfermeiro-paciente e educação continuada como instrumento promotor da melhoria na qualidade da assistência ao paciente com risco de suicídio.	16*	E02; E03, E04, E05, E06, E09, E10, E11, E12, E15, E16, E17, E18

Fonte: Elaborado pelas autoras a partir dos resultados das publicações encontradas nesta revisão. *Soma superior a 100% pois alguns estudos abordavam ambas categorias.

3.1. Enfermeiro e as estratégias de cuidado para identificação, avaliação e manejo de pessoas com risco de suicídio

A enfermagem orienta-se cientificamente pelo Processo de Enfermagem que ocorre de forma sistematizada, deliberada e compõe cinco etapas: coleta de dados ou histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação (COFEN, 2009). O histórico de enfermagem é uma ferramenta que auxilia na identificação de fatores de risco e proteção para suicídio de forma sistemática (PIEDRAHITA *et al.*, 2011).

Por contemplar de maneira holística a avaliação do indivíduo, ou seja, abordar aspectos biopsicossociais e espirituais, o histórico facilita a análise de informações colhidas e permite fazer diagnóstico dos problemas prioritários (PIEDRAHITA *et al.*, 2011). Com base neste diagnóstico torna-se viável ao enfermeiro planejar e implementar intervenções adequadas à singularidade de cada sujeito, obtendo efeito terapêutico. Vale ressaltar que intervenções devem ser adequadas, relacionais e de apoio para atender as necessidades do paciente reduzindo assim o risco de danos maiores (SCHECKEL & NELSON, 2014).

A identificação de fatores associados a tentativa de suicídio contribui para delimitar estratégias de cuidado e o fortalecer medidas preventivas orientadas individual e coletivamente (PIEDRAHITA *et al.*, 2011). A literatura sobre o processo de sistematização da assistência de enfermagem ao paciente com risco/ideação suicida é deficiente, e a aplicação de teorias apresenta-se como proposta interventiva.

A *Theory for the nursing care of patients at risk of suicide* foi desenvolvida para orientar os cuidados prestados a pessoas com ideação e/ou tentativa de suicídio. Faz analogia ao processo de enfermagem, pois parte do princípio comum de considerar e avaliar holisticamente as necessidades dos pacientes. Nesta teoria existem quatro categorias para o processo do cuidado: propiciar avaliação holística, proteção, cuidados básicos e cura (SUN *et al.*, 2006).

A *Suicidal recovery theory* trata do processo de recuperação e reabilitação após tentativa de suicídio e salienta que a autorreflexão de condições casuais e contexto familiar; o contexto (aspectos emocionais e ambiente) e as condições de intervenção (atenção pela família e amigos do núcleo, atendimento de profissionais, apoio de membros sociais, apoio religioso/espiritual e redução de estresse) resultam em

ações/estratégias de interação que tornam o paciente mais flexível e este reconstrói um sentido positivo de si mesmo, recuperando valores, buscando estratégias de enfrentamento e, consequentemente autocuidado (SUN & LONG, 2013).

Para Sun & Long (2013), ao enfermeiro concerne o papel de ajudar as pessoas a se recuperar de uma tentativa de suicídio, incentivá-las fazer coisas significativas, alcançar objetivos e auxiliá-los a reconhecer seu valor na família e na sociedade. Neste contexto, a *Suicidal recovery theory* funciona como guia para acompanhamento dos pacientes e condições após alta hospitalar, para garantir que estes tenham um bom ambiente de recuperação.

Outra ferramenta utilizada pelos profissionais de enfermagem é o *Screening of risk for suicide* (SRS), que rastreia o risco de suicídio e demonstra-se útil na identificação de pacientes com alto risco. Ao viabilizar avaliar os sintomas e identificar pacientes com risco (moderado/alto), o SRS permite que o enfermeiro planeje suas intervenções através de ações preventivas, acompanhamento psiquiátrico e, sobretudo, busque habilidades de comunicação para interagir de forma eficaz com o paciente (TAUR *et al.*, 2011).

Apesar do SRS proporcionar mais facilmente uma discussão entre enfermeiro e paciente sobre os pensamentos suicidas, esta interação é influenciada pela relação de diálogo/vínculo existente entre profissional e usuário. Quando aplicado ao paciente, o rastreio de risco para suicídio torna-se extremamente difícil e complexo, não obstante, é necessário treinar o profissional para realizar essa triagem (TAUR *et al.*, 2011).

No Brasil, a Política Nacional de Humanização reafirma, tornando o acolhimento uma diretriz, a importância de ouvir e reconhecer o usuário como protagonista do processo saúde-doença e corresponsabilização com a resolutividade, utilizando a interdisciplinaridade como tecnologia de cuidado em rede (HECK, 2012; BRASIL, 2013). Para tanto, a rede de atenção à saúde surge com intuito de alcançar atenção de qualidade à integralidade do indivíduo de maneira resolutiva, regionalizada e com integração entre os diversos pontos de atenção (BRASIL, 2015).

Nesse contexto, a tentativa de suicídio demanda articulação entre os profissionais, a fim de promover uma rede interdisciplinar de cuidado, atenção e solidariedade neste momento do sofrimento psíquico. Desta maneira, o enfermeiro atua no processo de referência e contrarreferência do usuário, considerando a singularidade e necessidades

demandadas, adequando e respeitando, sobretudo, a autonomia e o protagonismo sobre si mesmo do indivíduo (HECK, 2012).

Nos aspectos relativos ao cuidado oferecido ao paciente em tentativa de suicídio, o enfermeiro é personagem que oferece segurança tanto para o usuário como para toda a equipe multiprofissional. Isto porque é um personagem que busca manter e fortalecer o vínculo com o usuário e família, realiza visitas domiciliares, busca ativa e aciona as redes de apoio quando necessário (HECK, 2012).

Cuidar do paciente com risco de suicídio requer o estabelecimento de vínculo, pois este viabiliza compreender o processo saúde-doença e as necessidades de saúde do sujeito. No caso do paciente com risco de suicídio, o vínculo é uma estratégia fundamental para consolidar laços afetivos, ao aproximar o profissional da história de vida (relacionamentos interpessoais no contexto social e familiar, por exemplo) e sofrimento mental do paciente (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Organizar a equipe de forma a agendar atendimentos, com intuito de monitorar a ideação suicida e a possível evolução para planejamento e tentativa, é uma estratégia de cuidado preventivo utilizada em pacientes com ideação suicida que conta com a visita domiciliar (SMS-RJ, 2016). Portanto, o uso dos dispositivos em rede, o trabalho da equipe multiprofissional, bem como os programas e estratégias de atenção à saúde devem contemplar na perspectiva de integralidade assistência ao paciente com risco de suicídio.

3.1. Relação interpessoal enfermeiro-paciente e educação continuada como instrumento promotor da melhoria na qualidade da assistência ao paciente com risco de suicídio

O manejo do paciente em risco de suicídio sofre influência da interação estabelecida entre este e o profissional de saúde. As habilidades de comunicação são substanciais para promover uma interação enfermeiro-paciente eficiente e resolutiva. Portanto, é demandando do enfermeiro a capacidade de perceber os outros e suas necessidades de maneira cordial e solidária, viabilizando uma relação interpessoal com um cuidado humanizado (TAUR *et al.*, 2011; BRASIL, 2012; FREITAS & BORGES, 2014).

O cuidado passa a existir no momento que o cuidador valoriza o indivíduo que necessita de cuidado, pois só então compartilham entre si seus anseios, alegrias, sofrimentos, destino, e, nesta relação, é coerente o florescer do cuidado humanizado (BOFF, 2014). A empatia, demonstração de respeito, ouvir atentamente/escuta, comunicação atenciosa, o diálogo, companhia, a acessibilidade e a afetividade foram citados como relevantes na interação enfermeiro-paciente e reflexos da qualidade da assistência (SUN *et al.*, 2006; LARSSON *et al.*, 2007; GHIO *et al.*, 2011; KISHI *et al.*, 2011; BRASIL, 2012; SCHECKEL & NELSON, 2014; HOLLIDAY & VANDERMAUSE, 2015; JONES *et al.*, 2015).

No exercício do cuidado, o enfermeiro é incitado a preservar aspectos que os ligue emocionalmente aos sujeitos como, por exemplo, empatia, amor, devoção, compreensão. O potencial terapêutico do envolvimento interpessoal entre enfermeiros e pacientes é um espaço de intervenção e escuta. Realizar um cuidado de enfermagem a partir de uma dimensão emocional implica em ser capaz de detectar e reconhecer o subjetivo, estar atento e sensível a cada gesto, olhar e expressão (MONTEIRO *et al.*, 2016; SOARES & NASCIMENTO, 2017).

Constituem ações de enfermagem: criar um vínculo de confiança, oferecer segurança e apoio ao paciente, bem como demonstrar respeito, ouvindo-o. O enfermeiro pode deixar o paciente falar sobre o desejo de morte sem interromper ou argumentar permitindo que este se preocupe com a desesperança, sem que questionem de maneira estigmatizada a tentativa de suicídio e demonstrando ao paciente que a mensagem é levada a sério, respondendo-o de forma comprometida com a informação (LARSSON *et al.*, 2007; REISDORFE *et al.*, 2015).

Para cuidar na perspectiva da saúde emocional, o enfermeiro deve se deslocar da postura de quem já tem respostas prontas para os problemas de saúde dos indivíduos. Muitas vezes é preciso renunciar à fala, à justificativa, ao desejo de explicar, de convencer e de ser aquele que soluciona o sofrimento do outro. Mais que isso, as pessoas carecem de cuidado individualizado, implicado e profundo. Precisam de um profissional que permaneça ao lado, que inspira confiança e que, além de conhecimento científico, também tem carisma, amor, compaixão (MONTEIRO *et al.*, 2016).

Dialogar e escutar são relevantes para o entendimento do caso pelos profissionais de saúde e colaboram com a avaliação de risco, pois os pacientes costumam referir suas preocupações sobre o risco de se autoferir. E, principalmente, deixar o paciente falar reafirma os indivíduos como capazes de "dar voz aos seus corpos", possibilita reavaliação do passado e dá sentido ao presente e ao futuro. O enfermeiro, no gerenciamento dos casos de tentativa/ideação suicida, torna-se uma peça-chave para promover melhoria da relação familiar e redes de apoio (LARSSON *et al.*, 2007; GHIO *et al.*, 2011; BRASIL, 2012; SCHECKEL & NELSON, 2014).

A atenção às necessidades do paciente em risco de suicídio predetermina a escuta ativa e a busca por interações prolongadas favorecendo formação de vínculo e confiança. Desta maneira o relacionamento terapêutico facilita que os cuidados a serem prestados ao paciente sejam continuamente adequados e reajustados, conforme o indivíduo é colocado como centro desse processo de cuidado, participando do planejamento e execução (MONTEIRO *et al.*, 2016).

Contudo, as equipes assistenciais, inclusive o enfermeiro, ainda têm dificuldades de lidar e expressar comportamentos negativos em relação ao paciente com risco de suicídio, principalmente se este houver realizado tentativas e reincidir nos serviços de emergência. Alguns profissionais argumentam que o setor de emergência não é adequado aos cuidados holísticos e parecem negar ou negligenciar a necessidade de abordar os aspectos psicológicos do paciente, restringindo-se a questionar somente sobre o bem-estar físico em detrimento do bem-estar mental, ou abordagem sobre a tentativa em si (HOLLIDAY & VANDERMAUSE, 2015; JONES *et al.*, 2015; VEDANA *et al.*, 2017; SANTOS *et al.*, 2017).

De maneira geral, o processo relacional enfermeiro-paciente foi apontado como elemento essencial, entretanto, deficiente no contexto hospitalar e nos setores de emergência. A falta de empatia no atendimento e a estigmatização do paciente podem gerar sentimento de culpa e piorar o sofrimento psíquico vivenciado. O desconhecimento do nome/função dos profissionais envolvidos no atendimento, falha na comunicação são problemas relativos à qualidade da assistência oferecida (BRASIL, 2012).

Quando o enfermeiro e os demais profissionais agem negativamente em relação aos pacientes prejudicam a qualidade da assistência e, além disso, perdem a oportunidade

de exercer ações de cuidado preventivas (KISHI *et al.*, 2011). Desta maneira, o atendimento de enfermagem a pacientes em situações de saúde complicadas requer do enfermeiro disposição e equilíbrio, que o permitam oferecer apoio e conforto além dos cuidados básicos de saúde. É importante salientar que, dada a vulnerabilidade emocional do paciente em risco de suicídio, as estratégias de intervenção não se restringem apenas a questões técnicas (BRASIL, 2012; MONTEIRO *et al.*, 2016).

Em casos de tentativa de suicídio ou recidiva, os enfermeiros referem perceber as falhas no processo de escuta ou ainda reconhecem que não entenderam a gravidade das tentativas e ameaças anteriores ao evento e sentem que não conseguiram relacionar-se de maneira concreta com o paciente. Nestes casos, expressam pesar por não terem colaborado como desejam para apoiar o paciente (LARSSON *et al.*, 2007).

O reconhecimento da dificuldade em manejar o paciente em risco de suicídio e a necessidade de treinamento e capacitação em habilidades interpessoais foi mencionado pelos enfermeiros como essencial prerrogativa na mudança de comportamento. Isto porque o suicídio é uma temática que sofre influência de crenças, religião, cultura e julgamentos de valores que favorecem o distanciamento entre enfermeiro e o paciente (SUN *et al.*, 2007; JONES *et al.*, 2015; VEDANA *et al.*, 2017; KARMAN *et al.*, 2015).

O contato com o tema mostra-se relevante, pois enfermeiras que trabalham na psiquiatria, por exemplo, costumam ter atitudes mais favoráveis em relação aos pacientes. Os programas de educação podem trabalhar os aspectos que envolvem o suicídio, demonstrar os recursos disponíveis na realidade local, promover melhoras nas habilidades de comunicação e avaliação de risco enfatizando também a importância do autocuidado (SUN *et al.*, 2008; KISHI *et al.*, 2011).

Assim, a qualificação, busca de conhecimento sobre o suicídio e todos os aspectos que o permeiam, possibilita ao enfermeiro realizar um atendimento mais humanizado e eficaz, pois promove clareza do papel do profissional, confiança e atitudes preventivas (RAMBERG *et al*., 2016). O treinamento adequado na gestão de um paciente com risco de suicídio deve ser priorizado para viabilizar compreensão empática das experiências de vida e dos processos cognitivos envolvidos na ideação e tentativas de suicídio (SUN *et al.*, 2007; EGAN *et al.*, 2012; SANTOS *et al.*, 2017; REISDORFER *et al.*, 2015).

4. CONCLUSÃO

Durante a assistência ao paciente com risco de suicídio, os enfermeiros utilizam teorias de enfermagem, instrumentos para avaliar o risco como o *Screening of risk for suicide* (SRS), processo de enfermagem, uso da rede de atenção e políticas locais. As habilidades de comunicação, empatia, demonstração de respeito, a escuta qualificada e diálogo, bem como a acessibilidade e afetividade foram citados como relevantes na interação enfermeiro-paciente e reflexos da qualidade da assistência.

No entanto, os profissionais referem falhas no processo de escuta ou, ainda, reconhecem que não entendem a gravidade das tentativas e ameaças anteriores ao evento, resultando no sentimento de que não conseguiram assistir o paciente integralmente. Nestes casos, os profissionais também nutrem sentimentos e expressam pesar por não terem colaborado como desejam para apoiar o paciente.

Assim, o estudo contribuiu para identificar instrumentos de avaliação do risco de suicídio, bem como, para reconhecer que o auxílio do processo de enfermagem e uso das redes de atenção à saúde são fundamentais no desenvolvimento de um plano de cuidado. É necessário investir em treinamentos que possam capacitar não só o enfermeiro, mas toda a equipe de saúde, em habilidades interpessoais que possam auxiliar no manejo do paciente com risco de suicídio.

As políticas públicas são imprescindíveis tanto na garantia do acesso do usuário ao serviço, quanto na projeção de estratégias de cuidado intersetoriais e integrados, que apoiem o treinamento dos profissionais e potencializem as ações de cuidado preventivas que, como evidenciado, fundamentam-se, frequentemente, no uso de tecnologias leves e leve-duras.

O estudo apresentou como limitação a exclusão de estudos em bases não indexadas e o fato de terem sido utilizados na busca somente os termos controlados. Acredita-se que, apesar das limitações, este estudo foi relevante para identificar lacunas na prática clínica e na pesquisa. Somente um estudo abordou a assistência de enfermagem, incluindo técnicos e auxiliares como participantes. Salientou-se ainda, a importância do relacionamento interpessoal entre enfermeiro-paciente e a necessidade de qualificação para a gestão do paciente com risco de suicídio.

5. REFERÊNCIAS

BETZ, M.E. *et al*. Lethal means restriction for suicide prevention: beliefs and behaviors of emergency department providers. Depression and Anxiety, v. 30, p. 1013, 2013.

BOFF, L. Saber cuidar. Ética do humano - compaixão pela terra. 20 ed. Petrópolis, RJ: Vozes. 2014. 302 p.

BRASIL, S.K.D. *et al*. Expression of the ethics in nursing care for intoxicated youth. Revista de Enfermagem da UFPE, v. 6, p. 1901, 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A atenção primária e as redes de atenção à saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015. 127 p. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Saúde (folheto). Brasília: Ministério da Saúde (MS), 2013. 16p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2017.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília: COFEN, 2009. Disponível: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 13 dez. 2017.

EGAN, R. *et al*. Factors influencing perceived effectiveness in dealing with self-harming patients in a sample of emergency department staff. The Journal of Emergency Medicine, v. 43, p. 1084, 2012.

FREITAS, A.P.A & BORGES, L.M. Tentativas de suicídio e profissionais de saúde: significados possíveis. Estudos e Pesquisas em Psicologia, v. 14, p. 560, 2014.

GALVÃO, M.C.B. O levantamento bibliográfico e a pesquisa científica. In: Franco LJ, Passos ADC, organizadores. Fundamentos de Epidemiologia. São Paulo: Manole, 2010, p. 377.

GHIO, L. *et al*. Involving patients who attempt suicide in suicide prevention: a focus groups study. J. Psychiatric and mental health nursing., v. 18, p. 510, 2011.

HECK, M. Ação dos profissionais de um centro de atenção psicossocial diante de usuários com tentativa e risco de suicídio. Texto & Contexto Enfermagem, v. 21, p. 26, 2012.

HOLLIDAY, C. & VANDERMAUSE, R. Teen experiences following a suicide attempt. Archives of Psychiatric Nursing, v. 29, p. 168, 2015.

JONES, S. *et al*. Nurses' attitudes and beliefs to attempted suicide in Southern India. Journal of Mental Health, v. 24, p. 423, 2015.

KARMAN, P. *et al*. Nurses' attitudes towards self-harm: a literature review. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, v. 22, p. 1, 2015.

KISHI, Y. *et al*. Attitudes of Japanese nursing personnel toward patients who have attempted suicide. General Hospital Psychiatry, v. 33, p. 393, 2011.

LARSSON, P. *et al*. Psychiatric nursing care of suicidal patients described by the sympathy-acceptance-understanding-competence model for confirming nursing. Archives of Psychiatric Nursing, v. 2, p. 222, 2007.

MONTEIRO, P.V. *et al*. Quando cuidar do corpo não é suficiente: a dimensão emocional do cuidado de enfermagem. Revista Mineira de Enfermagem, v. 20, e957, 2016.

MOREIRA, L.C.O. & BASTOS, P.R.H. Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura. Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional, v. 19, p. 445, 2015.

OLIVEIRA, G.C. *et al*. Cuidados de enfermagem a pacientes com risco de suicídio. Ciência, Cuidado e Saúde, v. 16, p. 1,2017.

PIEDRAHITA, L.E. *et al*. Identificación de los factores relacionados con el intento de suicidio, en niños y adolescentes a partir de la aplicación del proceso de atención de enfermería. Colombia Médica, v. 42, p. 334, 2011.

RAMBERG, I.L. *et al*. The impact of knowledge of suicide prevention and work experience among clinical staff on attitudes towards working with suicidal patients and suicide prevention. International Journal of Environmental Research and Public Health, v. 13, p. 1, 2016.

REISDORFER, N. *et al*. Suicídio na voz de profissionais de enfermagem e estratégias de intervenção diante do comportamento suicida. Revista de Enfermagem da UFSM, v. 5, p. 295, 2015.

SANTOS, R.S. *et al*. A atuação do enfermeiro com a pessoa em situação de suicídio: análise reflexiva. Revista de Enfermagem da UFPE, v. 11, p. 742, 2017.

SCHECKEL, M.M. & NELSON, K.A. An interpretive study of nursing students' experiences of caring for suicidal persons. Journal of Professional Nursing, v. 30, p. 426, 2014.

SILVA, C.S. *et al*. Comparativo das taxas de suicídio entre os estados do Nordeste, São Paulo e Rio de Janeiro segundo sexo em 2015. International Nursing Congress; p. 9, mai. 2017. Disponível em: <https://eventos.set.edu.br/index.php/cie/article/viewFile/6179/2403>. Acesso em: 18 mar. 2017.

SMS-RJ. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Coleção Guia de Referência: avaliação do risco de suicídio e sua prevenção rápida. Documento Base. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro/Subsecretaria de Promoção da Saúde, Atenção Primária e Vigilância em Saúde/Superintendência de Atenção Primária, SMS – RJ/SUBPAV/SAP. 2016. Disponível em: <http://subpav.org/download/prot/Guia_Suicidio.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2017.

SOARES, R.J.O. & NASCIMENTO, F.P.B. Suicídio e tentativa de suicídio: contribuições da enfermagem brasileira. Journal of Health Sciences, v. 19, p. 19, 2017.

SUN, F.K. & LONG A. A suicidal recovery theory to guide individuals on their healing and recovering process following a suicide attempt. Journal of Advanced Nursing, v. 69, p. 2030, 2013.

SUN, F.K. *et al*. A theory for the nursing care of patients at risk of suicide. Journal of Advanced Nursing, v. 53, p. 680, 2006.

SUN, F.K. *et al*. The attitudes of casualty nurses in Taiwan to patients who have attempted suicide. Journal of Clinical Nursing, v. 16, p. 255, 2007.

SUN, F.K. *et al*. Family care of taiwanese patients who had attempted suicide: a grounded theory study. Journal of Advanced Nursing, v. 62, p. 53, 2008.

TAUR, F.M. *et al*. Evaluating the suicide risk-screening scale used by general nurses on patients with chronic obstructive pulmonary disease and lung cancer: a questionnaire survey. Journal of Clinical Nursing, v. 21, p. 398, 2011.

VEDANA, K.G.G. *et al*. Emergency nursing experiences in assisting people with suicidal behavior: a grounded theory study. Archives of Psychiatric Nursing, v. 31, p. 1, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Preventing suicide: A global imperative, 2014. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/>. Acesso em: 11 mai. 2017.

CAPÍTULO 2

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA ESQUISTOSSOMOSE MANSÔNICA NO NORDESTE BRASILEIRO NO PERÍODO DE 2012 A 2016

Adricia C S Alves[1], Maysa A D S Alves[1], Beatriz N M de Oliveira[2], Maria E M Alves[2], Maria L P Paes[2], Isabela S de Medeiros[2], Fernanda C M de Araújo[2], Maria E L Q Maciel[2], Mateus M Torres[2], Maria G L de Lucêna[2], Maria J L de Lucêna[3], Isadora G C Silva[4]

[1] Discente de medicina, Universidade Católica de Pernambuco, Recife/PE.
[2] Discente de medicina, Faculdade Maurício de Nassau, Recife/PE.
[3] Discente de medicina, Faculdade Pernambucana de Saúde, Recife/PE.
[4] Discente de medicina, Centro Universitário Cesmac, Maceió/AL.

Palavras-chave: *Esquistossomose; Saúde pública; Epidemiologia.*

1. INTRODUÇÃO

A esquistossomose mansônica (EM) é uma doença infecto parasitária que tem como agente etiológico o trematódeo *Schistosoma mansoni* e, como hospedeiros intermediários, caramujos de água doce do gênero *Biomphalaria.* A maioria das pessoas infectadas permanecem assintomáticas, no entanto, há possibilidade de evolução para formas mais graves podendo levar o paciente a óbito.

As complicações por EM são decorrentes da presença de vermes que se alojam e vivem nos vasos mesentéricos durante vários anos, iniciando a oviposição ao atingir sua forma adulta. Alguns desses ovos são expelidos do organismo juntamente com as fezes, promovendo, assim, a perpetuação do ciclo vital do parasita em condições ambientais favoráveis. Os ovos não eliminados produzem como resposta minúsculos granulomas e

nódulos cicatriciais, geralmente, nas paredes do intestino ou no fígado onde se depositam, podendo originar formas ectópicas em qualquer órgão ou tecido do organismo humano.

Dentre as manifestações clínicas, a fase inicial ou aguda, pode caracterizar-se pela dermatite cercariana, a qual corresponde a penetração da larva cercária através da pele do hospedeiro, e a fase tardia ou crônica, que se inicia após seis meses de infecção podendo acometer diversos órgãos. Dependendo da localização e intensidade do parasitismo, podem apresentar as formas hepatointestinal, hepática, hepatoesplênica compensada ou descompensada, além disso, manifestações nos diversos órgãos do corpo como órgãos genitais femininos e masculinos, retina, tireoide e coração (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2014).

A EM é classificada como uma doença tropical negligenciada e afeta a maioria das pessoas que vivem em condições precárias de higiene, sendo que a magnitude de sua prevalência confere à essa enfermidade um grande problema de saúde pública. Entre as parasitoses, sua relevância é maior devido a sua evolução e às graves consequências quando manifestada em suas formas clínicas. Trazendo essa interpretação para o Brasil, encontra-se a maior concentração de casos registrados e uma estimativa de 2 milhões de pessoas infectadas e, destes, 80% vivem na região Nordeste.

Essa elevada prevalência é explicada devido às condições ambientais e econômicas que favorecem a instalação do caramujo, destacando o processo de urbanização, intimamente relacionado à intensa mobilidade da população, que possibilitou a disseminação da EM para novas áreas, atingindo ,além das regiões rurais, os centros urbanos, os quais apresentam índices hiperendêmicos (DUBEUX *et al*., 2019; LEITE *et al*., 2017).

Ainda existem adversidades na execução das ações direcionadas ao controle da esquistossomose, sendo elas a complexidade do mecanismo de transmissão e a diversidade dos fatores condicionantes nos serviços de saúde, além da precariedade de funcionamento das estratégias públicas no Brasil. Somado a isso, têm-se os casos negligenciados, mal diagnosticados e subnotificados ao longo dos anos. Diante desse cenário, o Ministério da Saúde tem alertado para a identificação das condições sanitárias favoráveis à contaminação da água doce, sendo de fundamental importância o monitoramento dessas condições para embasar as ações de controle e redução da

prevalência da infecção. Todo esse contexto se agrava quando associado à falta de planejamento e definição de prioridades nas ações em saúde municipais, estaduais e federais (QUITES *et al*., 2016; DUBEUX *et al*., 2019).

O objetivo deste estudo é determinar a evolução da frequência e do número de casos referente à EM nas regiões endêmicas do Nordeste (NE) do Brasil e no estado mais prevalente entre os anos de 2012 e 2016.

2. MÉTODO

O presente estudo foi realizado por meio da coleta de dados no Sistema de Informação do Programa de Vigilância e Controle da Esquistossomose - SISPCE do Ministério da Saúde do Brasil pelo sistema de dados do Sistema Único de Saúde – DATASUS –, a qual congrega as informações de investigações acerca da esquistossomose nas áreas endêmicas do país. Os dados estatísticos disponibilizados pelo SISPCE são resultados de inquéritos coproscópicos e levantamentos malacológicos nas áreas do país onde a esquistossomose apresenta caráter endêmico.

A população do estudo foi composta por residentes dos estados do Nordeste brasileiro, sem especificação de faixa etária, e notificados como caso de Esquistossomose no período de 2012 a 2016, configurando-se como um estudo descritivo de base populacional. Para este estudo, um caso confirmado de esquistossomose é definido pela presença de ovos do *S. mansoni* nas fezes, pesquisada pelos exames coprológicos, em especial, pelo método Kato-Katz.

Neste estudo, as variáveis selecionadas para análise foram ano, Unidade da Federação, população trabalhada (quantidade de indivíduos que receberam o recipiente para coleta do material do exame), exames (quantidade de indivíduos submetidos à coproscopia), exames positivos (indivíduos com ovos do *S. mansoni* identificados através do exame coproscópico) e número de indivíduos tratados. Calculou-se a frequência de positividade pelo quociente entre o número de pessoas positivas para S. *mansoni* e o número total de pessoas examinadas, multiplicado por 100.

A revisão de literatura foi feita por pesquisa em diversas bases de dados mundiais, dentre elas PubMed, Embase, Cochrane e SciELO. Para a realização da pesquisa nas

bases de dados foram utilizados os descritores “Esquistossomose” e “*Schistosoma mansoni*” no método integrado, com opções em todos os índices e todas as fontes disponíveis. Na sua seleção foram priorizados artigos com acesso ao texto completo, publicados nos últimos cinco anos, ou aqueles que apesar de serem publicados em períodos anteriores apresentaram relevância científica para o tema.

A consulta ao Sistema de Informação do Programa de Vigilância e Controle da Esquistossomose - SISPCE ocorreu entre os meses de agosto e setembro de 2020. Por se tratar de um banco de domínio público, não foi necessário submeter o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período entre 2012 a 2016, a população trabalhada no Nordeste foi de 3.617.163 indivíduos. Dos 2.580.973 exames realizados, 114.913 foram positivos, apresentando frequência de positividade de 4,45% para esquistossomose. Dentre os indivíduos com resultado positivo, 84.943 (74%) foram tratados. Embora estes números indiquem a qualidade do serviço, sabe-se que este não atinge toda a população, principalmente aquelas que estão nas áreas de risco, além de que a EM é uma doença progressiva e geralmente muitos indivíduos não sabem que estão parasitados, até o surgimento dos sinais ou sintomas mais conhecidos, como por exemplo a “barriga d’água” (LEITE *et al*., 2017).

Dentre os estados, Pernambuco contribuiu com cerca de 34% (1.218.597) do total da população trabalhada, enquanto o estado do Rio Grande do Norte apresenta a menor quantidade com cerca de 3,5% (125.878). Porém, a quantidade de exames não condiz com o número de notificações da população estudada, pois foram realizados apenas 2.580.973, logo, 1.036.190 indivíduos possivelmente infectados não foram tratados ou não receberam a confirmação da doença, dificultando ainda mais o controle nas áreas endêmicas do Nordeste.

Ao observar as tabelas, o estado de Alagoas se destaca por possuir um elevado número de notificações e de exames realizados nos anos de 2012 e 2013, entretanto, Pernambuco se sobressai a partir do ano de 2014. Isso demonstra e ratifica que o estado

pernambucano investiu em melhorias no controle da parasitose em questão e vem concentrando uma maior e melhor qualidade de serviços de saúde dos demais estados estudados, existindo uma preocupação com o aparecimento de novos casos e reinfecções.

Dentre os estados do NE, Alagoas apresentou o maior número de casos positivos nos cinco anos – 11.384; 12.652; 9.775; 7.965; 6.416, com frequência de 6,8%, 7,3%, 6,0%, 5,0% e 5,0%. Outros estudos realizados no estado demonstram que aproximadamente 70% dos municípios alagoanos são atingidos pela dispersão da doença, e, dentre os acometidos, há predominância de indivíduos do sexo masculino, totalizando 57,05% dos casos, entre 15 e 49 anos de idade, e trabalhadores de pesca (ROCHA *et al*., 2016; MELO *et al*., 2019). Apesar do grande número de infectados, Alagoas apresentou, consequentemente, o maior número de tratados em todos os anos, com exceção de 2014, perdendo para Pernambuco que apresentou 7.141.

Já Pernambuco, ficou em segundo lugar com relação aos casos positivos em todos os cinco anos com 5.336, 6.509, 8.748, 7.299 e 3.766, apresentando positividade de 5,6%, 5,4%, 3,4%, 3,0%, 2,4% respectivamente. Pesquisas também indicam, através de levantamentos malacológicos e expedições de campo, que em Pernambuco há altos índices de infecção da população no seu litoral. Além disso, o estado apresentou número de tratados de 4.300, 5.197, 7.141, 4.485 e 2.323, respectivamente. Entretanto, é válido ressaltar que as políticas públicas priorizam tratar da população que está infectada, oriundas das notificações, desviando seu enfoque da realização de medidas preventivas, o que explica o elevado índice de infecção (LEITE *et al.*, 2017; BARBOSA *et al*., 2017).

No Maranhão evidencia-se que em 2014, apesar de não se configurar como o ano com a maior quantidade de população estudada (93.455), apresentou maior quantidade de exames realizados (82.012), casos positivos (3.139), positividade (3,8) e consequentemente, maior número de tratados (2.943) com relação aos outros anos estudados. A distribuição da EM no estado é endêmica em 20 dos 217 municípios e 29 municípios têm focos notificados. Além disso, um levantamento malacológico de moluscos de água doce realizado na Baixada Ocidental Maranhense, o qual apresentava a maior prevalência da parasitose, evidenciou que o município de São Bento apresenta a maior diversidade de espécies de moluscos, onde 12 espécies foram relatadas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011; CANTANHEDE *et al.*, 2014).

Em relação ao estado da Paraíba, pode-se observar que houve uma regressão na quantidade de suspeitas de EM nos anos de 2012 a 2014, visto que apresentou, 37.306, 25.694 e 23.616 exames realizados, e destes 2.074, 2.020 e 2.410 foram positivos e com positividade sempre crescente, 5,6%, 7,9% e 10,2%, respectivamente. O estado da Paraíba apresentou a maior quantidade de suspeitas no ano de 2012, com 51.009 indivíduos recebendo o material de coleta, no entanto, foi em 2014 que apresentou a maior quantidade de casos positivos, dentre todos os anos, com 2.410 indivíduos infectados e destes 1.163 foram tratados. Ao analisar tais dados, é possível verificar que a série da proporção de casos nos municípios paraibanos, apresentou um aumento significativo a partir do ano de 2012. Vale salientar que a mudança na tendência observada nas Tabelas 1 a 4 pode ser explicada pelo fato de que a população não foi a mesma ao longo dos anos, havendo, portanto, redução no número de indivíduos analisados. Dessa maneira, é possível afirmar que a população examinada diminuiu ao longo dos anos, bem como os números de casos de esquistossomose registrados. Os valores dos anos 2015 e 2016 não foram computados.

Tabela 1. População trabalhada nos estados do Nordeste no período de 2012 a 2016

	2012	2013	2014	2015	2016
Alagoas	243.005	261.205	241.686	237.232	198.718
Bahia	178.892	85.673	3.333	-	-
Ceará	53.056	43.880	45.550	28.414	-
Maranhão	85.192	94.244	93.455	73.338	38.819
Paraíba	51.009	32.049	28.918	-	-
Pernambuco	133.990	172.903	359.498	338.172	214.034
Rio Grande do Norte	28.615	48.442	35.823	12.998	-
Sergipe	23.253	73.642	58.125	-	-

Fonte: BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS, 2020.

Tabela 2. Quantidade de exames para esquistossomose realizados nos estados do Nordeste de 2012 a 2016

	2012	2013	2014	2015	2016
Alagoas	166.798	174.090	162.633	158.806	129.374
Bahia	128.832	61.592	2.328	-	-
Ceará	32.798	26.091	26.498	15.727	-
Maranhão	77.444	80.674	82.012	64.928	33.721
Paraíba	37.306	25.694	23.616	-	-
Pernambuco	94.384	120.171	257.248	242.445	155.293
Rio Grande do Norte	22.295	34.684	25.671	8.553	-
Sergipe	18.070	49.886	41.311	-	-

Fonte: BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS, 2020.

Tabela 3. Número de casos positivos e frequência de positividade da esquistossomose nos estados do Nordeste no período de 2012 a 2016

	2012		2013		2014		2015		2016	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Alagoas	11.384	6,8	12.652	7,3	9.775	6,0	7.965	5,0	6.416	5,0
Bahia	4.939	3,8	1.739	2,8	60	2,6	-	-	-	-
Ceará	44	0,1	53	0,2	115	0,4	118	0,7	-	-
Maranhão	2.491	3,2	2.857	3,5	3.139	3,8	2.128	3,3	920	2,7
Paraíba	2.074	5,6	2.020	7,9	2.410	10,2	-	-	-	-
Pernambuco	5.336	5,6	6.509	5,4	8.748	3,4	7.299	3,0	3.766	2,4
Rio Grande do Norte	837	3,7	612	1,8	727	2,8	154	1,8	-	-
Sergipe	1.767	9,8	3.308	6,6	2.551	6,2	-	-	-	-

Fonte: BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS, 2020.

Tabela 4. Número de tratados por esquistossomose nos estados do Nordeste no período de 2012 a 2016

	2012	2013	2014	2015	2016
Alagoas	6.797	8.794	6.899	5.830	4.765
Bahia	3.819	1.425	50	-	-
Ceará	43	48	108	110	-
Maranhão	2.435	2.568	2.943	1.959	920
Paraíba	1.657	1.196	1.163	-	-
Pernambuco	4.300	5.197	7.141	4.485	2.323
Rio Grande do Norte	809	567	689	151	-
Sergipe	1.368	2.303	2.103	-	-

Fonte: BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS, 2020.

O estado da Bahia encontra-se em terceiro lugar no que tange a casos positivos nos anos de 2012 (4.939) e 2013 (1.739), com frequência de positividade de 3,8% e 2,8%, respectivamente. Entretanto, em 2014 destacou-se como estado com maior redução de casos positivos (60), tendo 2,6% de frequência de positividade. Ainda nesse ano, se compreende certa discrepância nos números de exames realizados (2.328) e de tratados (50) em comparação aos outros estados. Após análise dos dados coletados nesses anos, nota-se decréscimo da população estudada que englobava 178.892 pessoas em 2012, 85.673 (2013) e 3.333 (2014). Sendo o último, o menor número encontrado de pessoas analisadas entre os anos de 2012 a 2016 em todo o Nordeste. Apesar da ausência de dados dos anos 2015 e 2016, a EM é presente em vasta extensão do território baiano. O estado possui 167 municípios endêmicos entre seus 417 municípios existentes, sendo um grave problema de saúde pública. (SECRETARIA DE SAÚDE DA BAHIA, 2018)

No Rio Grande do Norte, do total da população examinada (91.203), apenas 2.330 indivíduos estavam parasitados e, destes, aproximadamente 99% foram tratados (2.216). A quantidade de indivíduos tratados reflete a eficácia de estratégias públicas direcionadas ao controle da parasitose. Somado a isso, RN foi o segundo estado com menor quantidade de infectados em 2012 (837), 2013 (612) e 2015 (154), com exceção de 2014, quando ocupou o terceiro lugar quanto ao menor número de infetados, com 727 indivíduos parasitados, sendo precedido por Bahia (60) e Ceará (115).

Ao observar as tabelas, o estado do Ceará se mostrou com um aumento de casos positivos de esquistossomose entre os anos de 2012 a 2015, possuindo 0,1% de frequência da doença em 2012, aumentando para 0,7% em 2015. Entretanto, houve um aumento no número de tratados, evoluindo de 2013 (48) para 2015 (110). Isso mostra que o estado vem investindo nos hospitais e tratamentos contra a parasitose. Ademais, de acordo com a Secretaria de Saúde do Ceará, no período de 2015 a 2019, houve 73.036 exames realizados, com incidência de 0,35% de portadores do *Schistosoma mansoni*. Observa-se que a maioria dos indivíduos são do sexo masculino, representando 59,7% do total dos casos confirmados. Porém, durante esse período os números estão decrescendo, havendo uma tendência na diminuição dos casos confirmados da doença (SECRETARIA DE SAÚDE DO CEARÁ, 2020).

Não foram encontrados dados no SISPCE referentes aos estados da Paraíba, Sergipe e Bahia nos anos 2015 e 2016, e do Rio Grande do Norte e Ceará em 2016, sendo encontrados apenas no SINAN. Dessa maneira, através dessa pesquisa foi possível analisar que há falhas reais na notificação dos casos.

Os resultados citados podem ser explicados devido às condições ambientais, como a presença de rios e clima favoráveis para reprodução de caramujos do gênero *Biomphalaria*, e condições socioeconômicas, como o saneamento básico precário, difícil acesso a atendimento médico e acentuada pobreza, que contribuem para a manutenção do ciclo de transmissão da esquistossomose em todos os estados (SILVA *et al.*, 2019).

4. CONCLUSÃO

A partir dos dados coletados, nota-se que a EM é um problema ainda preocupante no Nordeste com destaque para alguns estados, como Alagoas e Pernambuco. Embora este último tenha feito investimentos no combate a parasitose, o tratamento ainda não abrange todos os infectados, apresentando, assim, crescente curva de positividade e uma lacuna na resolução desse problema. Vale ressaltar que, nos últimos anos, o número e a positividade dos exames têm sido elevados ao longo das séries temporais. Dessa maneira, evidencia-se que a cadeia de infecção está sendo mantida e pode refletir a existência de problemas operacionais, como subnotificação de casos e diagnósticos errôneos.

Devido à complexidade do mecanismo de transmissão da esquistossomose e diversidade dos fatores condicionantes, o controle da doença depende de várias ações preventivas, como o diagnóstico precoce, controle do hospedeiro intermediário e ações de saneamento para modificação das condições domiciliares e ambientais favoráveis à transmissão. Portanto, os responsáveis pela execução das ações de vigilância e controle da esquistossomose devem buscar, em articulação com outros setores governamentais, a melhoria de vida das populações, mediante ações de educação sanitária e de intervenção no meio ambiente.

Embora existam no Brasil programas e iniciativas que visam identificar a ocorrência da doença para promover seu controle, ainda é notória a persistência da enfermidade, particularmente nas áreas de menor favorecimento socioeconômico.

Pesquisas como esta contribuem para o aprimoramento do monitoramento e vigilância da EM, direcionando ações para essas áreas de risco que necessitam de uma maior atenção, visto que seus números se destacam em relação às demais áreas do país, e racionalizando a aplicação dos recursos disponíveis.

5. REFERÊNCIAS

BARBOSA, V.S. *et al*. Os Sistemas de Informação Geográfica em estudo sobre a esquistossomose em Pernambuco. Revista de Saúde Pública, v. 51, p. 107, 2017.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS - Departamento de informática do Sistema Único de Saúde. Sistema Tabnet: Programa de Controle da Esquistossomose (SISPCE). Disponível em: https://datasus.saude.gov.br/acesso-a-informacao/programa-de-controle-da-esquistossomose-pce/. Acesso em: 15 jul. 2020.

CANTANHEDE, S.P.D. *et al*. Gastrópodes de água doce da Microrregião da Baixada Maranhense, área endêmica para esquistossomose no Estado do Maranhão, Brasil: I - estudo qualitativo. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, v. 47, p. 79, 2014.

DUBEUX, L.S. *et al*. Avaliação do Programa de Enfrentamento às Doenças Negligenciadas para o controle da esquistossomose mansônica em três municípios hiperendêmicos, Pernambuco, Brasil, 2014. Epidemiologia e Serviços de Saúde. v. 28, e2018085, 2019.

LEITE, B.H.S. *et al*. Incidência de esquistossomose mansônica em Pernambuco no período compreendido entre 2010 a 2016. Ciências Biológicas e de Saúde Unit - Facipe, v. 3, p. 57, 2017.

MELO, A.G.S. *et al*. Esquistossomose mansônica em famílias de trabalhadores da pesca de área endêmica de Alagoas. Escola Anna Nery, v. 23, n. 1, 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde: Relatório de Situação: Maranhão. 5 ª. ed. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde; 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Vigilância da esquistossomose mansoni – Diretrizes Técnicas. 4ª Edição. Ministério da Saúde: Brasília – DF, 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigilancia_esquistossome_mansoni_diretrizes_tecnicas.pdf>. Acesso em: 13 set. 2020.

QUITES, H.F.O. *et al*. Avaliação das ações de controle da esquistossomose na Estratégia de Saúde da Família em municípios do Vale do Jequitinhonha em Minas Gerais. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 19, p. 375, 2016.

ROCHA, T.J.M. *et al.* Aspectos epidemiológicos e distribuição dos casos de infecção pelo *Schistosoma mansoni* em municípios do Estado de Alagoas, Brasil. Revista Pan-Amazônica de Saúde, v. 7, p. 27, 2016.

SANTOS, A.D. *et al*. Análise espacial para identificação de áreas de risco para esquistossomose mansoni no Estado de Sergipe, Brasil, 2005-2014. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, v. 49, p. 608, 2016.

SECRETARIA DE SAÚDE DA BAHIA. Boletim epidemiológico da esquistossomose - Bahia, 2018. Bahia: fevereiro de 2018. Disponível em:<http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/11/2018-Boletim-epidemiol%C3%B3gico-esquistossimose-n.-01.pdf>. Acesso em: 3 ago. 2020.

SECRETARIA DE SAÚDE DO CEARÁ. Boletim epidemiológico - Esquistossomose. Ceará, 14 de janeiro 2020. Disponível em:<https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/boletim_esquistossomose_14fev2020.pdf>. Acesso em: 14 set. 2020.

SILVA, L.F. *et al.* Esquistossomose mansoni na região nordeste do Brasil: modelagem temporal das taxas de positividade, hospitalização e mortalidade. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, v. 52, e20180458, 2019.

CAPÍTULO 3

INFLUÊNCIA DAS PARASITOSES INTESTINAIS NOS ASPECTOS COGNITIVOS E COMPORTAMENTAIS EM CRIANÇAS DE FASE ESCOLAR

Aline T S de Andrade[1], Paloma G T Aguiar[1], Brenda O L Silva[1], Lauanne R F da Silva[1], Stefanie B da Silva[1], Carlos A M Neto[1], Iran A da Silva[2], Iris P de Araujo Torres[2], Kellvin C Maciel[2], Lucas X da Silva Lima[2], Fabricio A M Esteves[3]

[1] Graduado(a) em Biomedicina, Centro Universitário Tabosa de Almeida (ASCES-UNITA), Caruaru/PE.
[2] Discente de Farmácia, Centro Universitário Tabosa de Almeida (ASCES-UNITA), Caruaru/PE.
[3] Docente do Centro Universitário Tabosa de Almeida (ASCES-UNITA), Caruaru/PE.

Palavras-chave: *Parasitos; Desenvolvimento infantil; Comportamento infantil.*

1. INTRODUÇÃO

Parasitoses são importantes do ponto de vista médico-social, pois impedem o desenvolvimento normal das crianças, limitando algumas de suas atividades. As doenças parasitárias acometem um alto percentual da população humana, principalmente a comunidade de baixa renda que possui condições propícias para sua evolução e disseminação, como por exemplo, a falta de saneamento básico, crianças dessas comunidades correm um maior risco de sofrer as consequências patológicas dessas infecções devido a seu sistema imunológico ainda estar em desenvolvimento. Grande parte das infecções causadas pelos parasitas costuma ser adquirida por via fecal-oral através da contaminação de água e alimentos com resquício de fezes (TAVARES *et al.*, 2001).

A população infantil é a mais afetada, com altos índices de acometimento por enteroparasitos (CARVALHO *et al*., 2006). A situação fica mais grave na população pediátrica, especialmente em crianças de faixa etária até os 5 anos de idade, devido aos hábitos higiênicos precários, sistema imunológico ainda em desenvolvimento, infecção e reinfecção e da dependência de cuidados alheios (PUFFER & SERRANO, 1973; MACEDO *et al*., 1998; MARQUEZ *et al*., 2002).

A casualidade de parasitoses intestinais na infância, principalmente na idade escolar, e em condições precárias, representa um fator desfavorável acerca da nutrição, uma vez que gera a possibilidade de uma morbidade nutricional, estando geralmente acompanhada da diarreia crônica. Esses fatores refletem diretamente no rendimento escolar, promovendo o comprometimento no desenvolvimento físico e intelectual dos parasitados, agregando consequências em seu rendimento escolar (UCHÔA *et al*., 2009).

A sintomatologia, no entanto, pode variar de leve a grave. Nos quadros leves, as manifestações podem ser inespecíficas, como anorexia, irritabilidade, distúrbios do sono, vômitos ocasionais, náuseas e diarreia. Quadros mais graves são mais comuns em pacientes desnutridos e imunodeprimidos (MELO, 2004).

O objetivo deste trabalho é avaliar a relação entre parasitoses intestinais e aspectos cognitivos e comportamentais em crianças de fase escolar, tendo em vista que crianças em idade escolar são um grupo de risco propício à infecção por enteroparasitoses devido aos inconscientes hábitos precários de higiene pessoal e o sistema imunológico ainda em desenvolvimento.

2. MÉTODO

Trata-se de uma revisão de artigos científicos de caráter exploratório e narrativo, este tipo de estudo tem como meta tornar um problema complexo mais explícito ou mesmo construir hipóteses mais adequadas. Assim, o presente estudo foi realizado em outubro de 2019, sendo norteado pelo tema: “Influência das parasitoses intestinais nos aspectos cognitivos e comportamentais em crianças de fase escolar”.

Para a identificação dos artigos, uma busca nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SciELO (*Scientific*

Electronic Library Online) a partir dos descritores inclusos nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): parasitos, desenvolvimento infantil e comportamento infantil, e o uso dos operadores booleanos AND e OR.

Os critérios estabelecidos de inclusão foram artigos relacionados ao tema de interesse deste estudo, sendo publicados de 1990 a 2019. Vale ressaltar que a extensão do período de tempo dos artigos se deu pela escassez de publicações recentes que envolvessem a temática. Ainda, foram incluídos estudos em português, inglês e espanhol. Ademais, foram excluídos artigos referentes às demais faixas etárias, infecções extra intestinais e estudos não representativos.

Para a seleção dos artigos resultantes da busca nas duas bases de dados, inicialmente, foi realizada a seleção por meio da leitura dos títulos e respectivos resumos, aproveitando apenas os que ofereciam alguma contribuição ao objetivo desta revisão. Logo após, os estudos foram avaliados pelos revisores considerando a leitura e a análise criteriosa de todo o texto. Após esta ação, os artigos foram classificados como excluídos ou incluídos considerando os critérios estabelecidos para estes fins. Além disso, ocorreu uma consulta complementar de dados em dissertações, livros e trabalhos de conclusão de cursos direcionados ao foco desta presente revisão.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. Parasitoses intestinais como problema de saúde pública

As doenças parasitárias denominadas parasitoses intestinais ou enteroparasitoses, constituem um dos principais problemas de saúde pública no mundo, apresentando taxas de prevalência mais elevada nos países em desenvolvimento. A transmissão ocorre através da ingestão de ovos ou cistos presentes em alimentos contaminados, cujos agentes etiológicos são organismos que em pelo menos uma das fases do ciclo evolutivo localiza-se no aparelho digestivo do homem (BARILE *et al*., 2012; NEVES, 2000).

Embora não sejam responsáveis por altos índices de mortalidade, as parasitoses intestinais podem causar obstrução intestinal (*Ascaris lumbricoides*), anemia por deficiência de ferro (*Ancilostomídeos*), desnutrição (*A. lumbricoides* e *Trichuris*

Trichiura, Strongyloides stercolaris, Taenia saginata e Hymenolepis nana), e quadros de diarreia e de má absorção (*Entamoeba histolytica* e *Giardia Lamblia*). Entretanto, as manifestações clínicas são proporcionais a carga parasitária presente no indivíduo (STEPHENSON *et al*., 2000; FERREIRA *et al*., 2006).

Os helmintos encontrados com maior frequência em seres humanos são: *Ancylostoma duodenale*, *Ascaris lumbricoides*, *Necator americanus* e *Trichuris trichiura*, e entre os protozoários mais encontrados estão a *Entamoeba histolytica* e *Giardia lamblia* (FILHO *et al*., 2012).

As enteroparasitoses podem se manifestar de diversas formas, inclusive de forma assintomática (VITALLE *et al*., 2003). Podendo também causar injúrias à mucosa intestinal, gerando a má absorção e perdas gastrintestinais dos nutrientes. São comumente observadas em casos de Trichuríases a hipoalbuminemia, causando uma inflamação no local da infecção desencadeada por uma resposta inflamatória sistêmica, com proteínas de fase aguda e de citocinas elevadas no plasma, induzindo a anorexia nas crianças, afetando diretamente o seu déficit de crescimento (NORTHROP-CLEWES *et al*., 2001).

Uma das consequências mais graves por enteroparasitos é a espoliação sanguínea, onde o parasita utiliza o sangue como fonte de nutriente, sendo contínua essa perda, pode acarretar anemia (hipoglobinemia), hipoproteinemia, hipohemoglobinemia, carência de nutrientes, distúrbios proteicos que causam edemas e ou sangramentos (EVANGELISTA, 2008).

Nas crianças, onde existe uma maior necessidade nutricional, a deficiência de ferro pode ser prejudicial no crescimento e aprendizagem, ocasionando anemias por carência de Ferro (Fe) que podem ser causadas tanto pela baixa ingestão de Fe na dieta, absorção inadequada de Fe ingerido, como também por perdas causadas pelos parasitos intestinais (BRITO *et al*., 2003).

3.2. Parasitoses na infância e o desenvolvimento escolar

As doenças parasitárias ocorrem com maior frequência em crianças do que em adultos. É notória a justificativa quando se leva em conta a vulnerabilidade da população infantil em questões imunológicas e de higiene pessoal dependente de cuidados alheios

(ANGELUCI *et al*., 2013). A primeira estimativa brasileira sobre a prevalência de enteroparasitos na infância em centros urbanos se deu na cidade de São Paulo, em 1973/74 (SIGULEM *et al*., 1985).

No Brasil, os parasitos possuem distribuições demográficas diferentes, sendo encontrados em zonas rurais e urbanas com disseminação variada de acordo com o ambiente e a espécie parasitária (OLIVEIRA & AMOR, 2012). São infecções que podem ocasionar alterações no estado físico, psicossomático e social, gerando interferência direta na vida dos seus portadores, principalmente em crianças que frequentam locais de aglomerados como creches e escolas (ZAIDEN *et al*., 2008). Araújo *et al.* (2009), destacam que as complicações causadas por enteroparasitos podem comprometer a capacidade de atenção, fato que prejudica o rendimento escolar da criança, tornando propício casos de repetência, o que gera uma elevação no número de crianças em idade avançada para a série escolar que estão cursando, o que contribui para a evasão escolar.

O contato físico da criança com o meio ambiente aumenta gradativamente com o seu crescimento, o que torna a probabilidade de infecção maior (MONTEIRO *et al*., 1984). *Ascaris lumbricoides* e *Trichuris trichiura* são os agentes patógenos que parasitam, com mais frequência, crianças de faixa etária menor que seis anos de idade (FERREIRA *et al*., 2000).

Conforme com Oliveira e Silva (2016), estima-se que as infecções intestinais causadas por helmintos e protozoários, debilitaram cerca de 3,5 bilhões de pessoas, ocasionando enfermidade em aproximadamente 450 milhões de pessoas no mundo, principalmente em crianças.

De acordo com Brito *et al.* (2003), ocorre alteração no crescimento ponderal e em estatura na criança, diminuição na aprendizagem escolar associados à sintomas como: atonia muscular, fraqueza, tontura, irritabilidade, fadiga, anorexia, palidez, descoloração da mucosa. Quando contaminados por parasitos como ancilostomídeos, com alta infectividade, podem apresentar hemorragias, desenvolvendo um quadro de anemia crônica.

Biscegli *et al*. (2007), ao avaliarem o desenvolvimento das áreas afetadas nas crianças desnutridas, verificaram que a área mais afetada foi a linguagem, seguida por pessoal-social, motor fino-adaptativo e motor grosseiro. A prevalência de casos com

atraso no desenvolvimento neuropsicomotor visualizados na pesquisa promove alerta, demonstrando um risco significativo de alterações no desenvolvimento dessas crianças.

Seixas e colaboradores (2011) analisaram 200 crianças na faixa etária de 6 a 10 anos. Os resultados apresentaram que 94% delas estavam com infecção parasitária, havendo predomínio de protozoários. Além disso, foi realizada a análise do estado nutricional em 147 alunos participantes da pesquisa, que obteve eutrofia (85%), desnutrição aguda (6,8%), desnutrição crônica (6,8%) e desnutrição pregressa (1,4%). Os autores destacam que todos os alunos que apresentaram desnutrição aguda e progressiva estavam infectados com parasitos.

Conforme Collares (1990), os fracassos escolares podem ser classificados em intraescolares e extraescolares, sendo os intraescolares ligados aos professores e programas de ensino, já os extraescolares as más condições de vida e subsistência de grande parte da população escolar Brasileira, essas condições desfavoráveis, entre outros fatores, são responsáveis pela fome e desnutrição.

Desse modo, o nível socioeconômico é responsável pela contaminação do ambiente com esses parasitos e fatores ambientais favorecem o desenvolvimento e propagação de formas infectante dos parasitos (PEDROSO & SIQUEIRA, 1997).

A repetição escolar é um fenômeno que preocupa educadores em todo o Brasil (REZENDE *et al*., 1997). O ambiente onde são realizadas práticas educativas interfere de forma positiva ou negativa nos resultados dessa prática. A educação no Brasil há muito tempo convive com uma deficiência escolar em todos os níveis, onde nos primeiros anos de escolarização é que há uma maior ocorrência desse fracasso (MOYSES & COLLARES, 1997). Em países subdesenvolvidos as verminoses implicam no estado nutricional, crescimento e função cognitiva de crianças e adolescentes (PRADO *et al*., 2001; FERREIRA *et al*., 2006), no período escolar, sua ocorrência reflete de forma direta no aproveitamento escolar, gerando incapacitação física e intelectual dos indivíduos acometidos (AMATO & CORRÊA, 1991; FERREIRA, 2014; COLE *et al*., 2009).

Machado (1997) afirma que o tecido social passou a produzir “crianças com distúrbios”, “crianças deficientes”, e consequentemente “profissionais incompetentes”. Isto produzirá indivíduos que sofrerão qualquer tipo de manipulação num ambiente social, sendo assim um alvo vulnerável.

Infância e Adolescência são fases diferentes, assim como a necessidade nutricional em cada fase citada. Quando não se tem uma dieta rica com estas necessidades nutricionais básicas, surgem problemas de saúde em longo prazo. Associados a más condições de saneamento básico, é comum casos de verminoses, especialmente pela carência de ferro, submetendo crianças a uma "situação de desequilíbrio crônico" (ARAÚJO *et al.*, 2009).

Inquestionável a associação que há entre parasitose intestinal e baixo rendimento escolar, onde se tem o comprometimento físico e cognitivo, representando uma elevação de reprovação escolar (PEREIRA & GAIARDO, 2016).

4. CONCLUSÃO

Vários estudos mostram a importância e a necessidade de que seja dada uma maior atenção às parasitoses intestinais na população infantil sabendo que se caracteriza como um problema de saúde pública que ainda persiste tanto no Brasil, como em outros países subdesenvolvidos. Tal persistência pode ser explicada pela falta de conhecimento sobre higiene pessoal da população infantil, baixa defesa imunológica, falta de saneamento básico, entre outros (LOUZADA *et al*., 2015).

Como consequência, além dos sintomas apresentados pelos indivíduos parasitados, pode-se destacar os malefícios neurológicos, motor, social e pessoal de crianças infectadas, interferindo diretamente no crescimento, capacidade cognitiva e rendimento escolar das mesmas. Dessa forma, foi visto que existe uma relação direta entre parasitoses intestinais, cognição e comportamento escolar das crianças. Foi notória a necessidade de novos estudos na área, a fim de avaliar se os resultados obtidos ainda permanecem os mesmos referentes ao ano de pesquisa, assim como atualizações epidemiológicas.

5. REFERÊNCIAS

AMATO, V. & CORRÊA, L.L. Exame parasitológico das fezes. São Paulo, Sarvier, 1991.

ANGELUCI, C.H.G. *et al*. Avaliação da prevalência de parasitoses intestinais em escolares do município de formosa. Sinergia, v. 14, p. 227, 2013.

ARAÚJO, B.S. *et al*. Associação das parasitoses intestinais com anemia e eosinofilia em escolares do povoado de Matilha dos Pretos. Sitientibus série Ciências Biológicas, v. 9, p. 3, 2009.

BARILE, B. *et al*. Activities of daily living, chronic medical conditions, and health-related quality of life in older adults. Journal of Ambulatory Care Management, v. 35, p. 292, 2012.

BISCEGLI, T.S. *et al*. Avaliação do estado nutricional e do desenvolvimento neuropsicomotor em crianças frequentadoras de creche. Revista Paulista de Pediatria, v. 25, p. 337, 2007.

BRITO, L.L. *et al*. Fatores de risco para anemia por deficiência de ferro em crianças e adolescentes parasitados por helmintos intestinais. Revista Panamericana de Salud Pública, v. 14, p. 422, 2003.

CARVALHO, T.B. *et al*. Occurrence of enteroparasites in day care centers in Botucatu (São Paulo State, Brazil) with emphasis on *Cryptoporidium* sp., Giardia duodenalis and Enterobius vermicularis. Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo, v. 48, p. 269, 2006.

COLE, E.R. *et al*. Prevalência de enteroparasitoses entre os moradores do bairro Terra Vermelha no município de Vila Velha, Espírito Santo, e possíveis fatores causais relacionados. Revista Eletrônica de Farmácia, v. 6, p. 138, 2009.

COLARES, C.A.L. Ajudando a Desmistificar o Fracasso Escolar. Revista idéias, São Paulo: FTD, PP 24-28, 1990.

EVANGELISTA, J. Alimentos, um estudo abrangente. Rio de Janeiro. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2008.

FERREIRA, C.M.B. Parasitoses intestinais em crianças: projeto de intervenção em unidade básica de saúde de porto real do colégio- alagoas. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais, 2014. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/6168.pdf. Acesso em: 22 out. 2019.

FERREIRA, H. *et al*. Estudo epidemiológico localizado da frequência e fatores de risco para enteroparasitoses e sua correlação com o estado nutricional de crianças em idade pré-escolar. Revista Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, v. 12, p. 33, 2006.

FERREIRA, M.U. *et al*. Tendência secular das parasitoses intestinais na infância na cidade de São Paulo (1984-1996). Revista de Saúde Pública, v. 34, p. 73, 2000.

FILHO, O.A.A. *et al*. Perfil enteroparasitológico dos habitantes de uma cidade do nordeste do brasil. Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica, v. 10, p. 179, 2012.

LOUZADA, A.C.E. *et al*. Parasitoses intestinais e desenvolvimento infantil: anemia ferropriva e desnutrição como fatores de agravo. Parasitoses intestinais e desenvolvimento infantil: anemia ferropriva e desnutrição como fatores de agravo. Cachoeiro de Itapemirim – Espírito Santo: CONVIBRA, curso de graduação bacharel em Enfermagem, 2015. Disponível em: http://docplayer.com.br/56582329-Parasitoses-intestinais-e-desenvolvimento-infantil-anemia-ferropriva-e-desnutricao-como-fatores-de-agravo.html. Acesso em: 26 out. 2019.

MACEDO, L.M.C. *et al*. Enteroparasitoses em pré-escolares de comunidades favelizadas da cidade do Rio de Janeiro. Cadernos de Saúde Pública, v. 14, p. 851, 1998.

MACHADO, A.M. Avaliação e fracasso. In: Aquino JG, organizador. Erro e fracasso. São Paulo: Summus, p. 73, 1997.

MARQUEZ, A.S. *et al*. Prevalência de enteroparasitoses em crianças de um bairro de baixa renda de Londrina – Paraná. Ciências Biológicas e da Saúde, v. 4, p. 55, 2002.

MELO, M.C.B. Parasitoses intestinais. Revista Médica de Minas Gerais, v. 14, p. 3, 2004.

MONTEIRO, C.A. *et al*. Estudo das condições de saúde das crianças do Município de São Paulo (Brasil), 1984/1985. VII Parasitoses intestinais. Revista de Saúde Pública, v. 22, p. 8, 1988.

MOYSES, M.A. & COLLARES, C. Desnutrição, fracasso escolar e merenda. Introdução à psicologia escolar. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

NEVES, D.P. Parasitologia Humana, 11ª ed, São Paulo, Atheneu, 2005.

NORTHROP-CLEWES, C.A. *et al*. Anthelmintic Treatment of Rural Bangladeshi Children: Effect on Host Physiology, Growth, and Biochemical Status. The American Journal of Clinical Nutrition, v. 73, p. 53, 2001.

OLIVEIRA, E.S.L. & SILVA, J.S. Índice de parasitoses intestinais nas zonas urbana e rural do município de Caputira - estado de Minas Gerais. Pensar Acadêmico, v. 14, p. 143, 2016.

OLIVEIRA, V.F. & AMOR, A.L.M. Associação entre a ocorrência de parasitos intestinais e diferentes variáveis clínicas e epidemiológicas em moradores da comunidade Ribeira I, Araci, Bahia, Brasil. Revista Pensar Acadêmico, v. 44, p. 15, 2012.

PEDROSO, R.S. & SIQUEIRA, R.V. Pesquisa de cistos de protozoários, larvas e ovos de helmintos em chupetas. Jornal de Pediatria, v. 73, p. 21, 1997.

PEREIRA, G.F.L. & GAIARDO, V.A. Parasitoses intestinais como fator de risco para aprendizado escolar. Parasitoses intestinais como fator de risco para aprendizado escolar. Revista Científica Semana Acadêmica. Fortaleza, ano MMXVI, Nº. 000080, 28/01/2016. Disponível em: https://semanaacademica.org.br/artigo/parasitoses-intestinais-como-fator-de-risco-para-aprendizado-escolar. Acesso em: 22 nov. 2019.

PRADO, M.S. *et al*. Prevalência e intensidade da infecção por parasitas intestinais em crianças na idade escolar na Cidade de salvador (Bahia, Brasil). Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, v. 34, p. 99, 2001.

PUFFER, R.R. & SERRANO, C.V. Características de la mortalidad en la niñez. Washington: OPS/ OMS; (Publicación científica n° 262), 1973.

REZENDE, C.H. *et al*. Enteroparasitoses em manipuladores de alimentos de escola públicas em uberaba (minas gerais), Brasil. Revista Panamericana de Salud Pública, v. 2, p. 392, 1997.

SEIXAS, M.T.L. *et al*. Avaliação da Frequência de Parasitos Intestinais e do Estado Nutricional em Escolares de uma área periurbana de Salvador, Bahia, Brasil. Revista de patologia Tropical, v. 40, p. 304, 2011.

SIGULEM, D.M. *et al*. Anemia nutricional e parasitose intestinal em menores de cinco anos. Revista Paulista de Medicina, v. 103, p. 308, 1985

STEPHENSON, L.S. *et al*. Tendência secular das parasitoses intestinais na infância na cidade de São Paulo (1984-1996). Revista de Saúde Pública, v. 34, p. 73, 2000.

TAVARES, A.D. *et al*. Prevalência de parasitose em uma escola pública frequentada por crianças de baixo nível sócio-econômico. Anais do I Congresso Brasileiro de Extensão Universitária UFPB, Campina Grande – PB, (CD-ROOM), 2001. Disponível em: http://www.prac.ufpb.br/anais/Icbeu_anais/anais/saude/parasitose.pdf. Acesso em: 9 out. 2019.

UCHÔA, C.M.A. *et al*. Parasitismo intestinal em crianças e funcionários de creches comunitárias na cidade de Niterói-RJ, Brasil. Revista de Patologia Tropical, v. 38, p. 267, 2009.

VITALLE, M.S.S. *et al*. Prevalência de anemia carencial ferropriva, parasitoses intestinais e estado nutricional em pacientes assistidos no centro de atendimento e apoio ao adolescente. Brazilian Pediatric News, v. 5, p. 13, 2003.

ZAIDEN, M.F. *et al*. Epidemiologia das parasitoses intestinais em crianças de creches de Rio Verde -GO. Revista de Medicina, v. 41, p. 182, 2008.

CAPÍTULO 4

ACOLHIMENTO NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Amanda A de A Ribeiro[1], Ana C dos S e S Costa[1], Débora dos R Soares[1], Eukália P da Rocha[1], Flávia D R da Silveira[2], Lívia C Pereira[2]

1 Graduada em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí, Teresina/PI.
2 Docente do Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Piauí, Teresina/PI.

Palavras-chave: *Atenção primária à Saúde; Saúde Pública; Gestão em Saúde.*

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária em Saúde (APS) passou a ser discutida internacionalmente no início do século XX, onde já se desenhava um modelo baseado em uma rede central apoiada por centros primários. Este desenho serviu de base para a construção de modelos de saúde em todo o mundo e, no Brasil, configurou-se como referência para a construção da Atenção Básica em Saúde (ABS), adaptada aos aspectos socioculturais e econômicos do país e passando por diversas modificações no decorrer dos anos (SANTOS & MELO, 2018).

Caracterizada por ações voltadas à promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e vigilância em saúde, a Atenção Básica integra essas atividades por meio de equipes multiprofissionais, responsáveis por grupos territoriais definidos e contam com o apoio de diversos serviços, como as Unidades Básicas de Saúde (UBS). Estas atuam como porta de entrada para a comunidade e oferecem assistência em saúde, prevenção de agravos e tratamento de patologias, utilizando principalmente de tecnologias leves para atender a população (CECÍLIO & REIS, 2018).

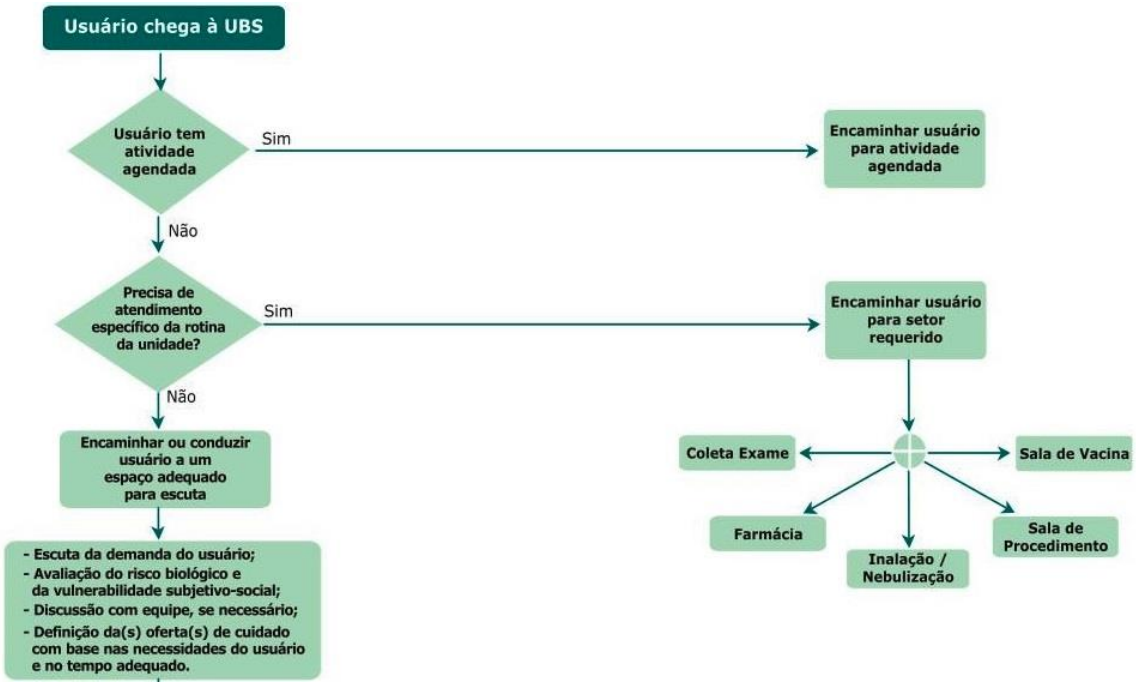
Instituída em 2017, a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) traz como característica principal a ênfase em processos que aumentem a capacidade clínica das equipes de saúde e busca aumentar a resolutividade na própria atenção básica, além de permitir o acesso igualitário das comunidades aos serviços e a assistência baseada na comunicação entre os diversos serviços que a compõem, permitindo assim a integralidade do atendimento (MELO *et al.*, 2018).

Nesse sentido, a ABS requer a manutenção de um elo contínuo com os seus usuários. Este vínculo pode ser influenciado positiva ou negativamente por diversos fatores, a destacar: características sociodemográficos das regiões e fatores capacitantes, como a proximidade com as unidades, disponibilidade de serviços, distância e tempo de espera e pelas necessidades de saúde de cada usuário (VIEGAS *et al.*, 2015; GOMIDE *et al.*, 2018).

Portanto, o acolhimento em saúde mantém-se como um dos principais pilares na consolidação do vínculo entre a população e os serviços de saúde da APS. Para isso, busca-se o planejamento de toda a equipe de saúde e a qualificação constante dos profissionais, a fim de atender à comunidade com perspectiva humana, integralizada e com foco no diálogo e na escuta inicial – ações fundamentais para a resolutividade correta dos casos – bem como para a melhora do fluxo de atendimento dentro das unidades de saúde (Figura 1) (MACIEL *et al.*, 2019).

Para isso, deve-se buscar aperfeiçoar as formas de abordagem ao usuário, ao buscar ouvi-lo, o incluindo no delineamento da tomada de decisão sobre seu processo saúde-doença. Nesse sentido, a orientação em saúde também faz parte de um bom acolhimento, pois habilita o paciente a dar continuidade ao tratamento mesmo fora da UBS. À vista disso, todos os profissionais atuantes dentro da unidade de saúde devem aprimorar suas estratégias para facilitar a construção de vínculo com o paciente e, a partir disso, conceder um melhor seguimento aos casos.

Figura 1. Fluxograma de atendimento inicial dos usuários ao chegar às Unidades Básicas de Saúde (UBS)



Fonte: BRASIL, 2013, p. 28.

A atenção básica é o acesso primário aos demais níveis de atenção à saúde, portanto é importante que o usuário seja inserido na rede de atenção por meio de ações de acolhimento e formação de vínculo aos serviços. Diante do exposto, esse trabalho tem como objetivo refletir sobre o acolhimento em saúde no contexto da Atenção Básica, identificando as fragilidades associadas aos serviços disponibilizados, a partir de experiências vivenciadas por acadêmicos de enfermagem durante estágio curricular supervisionado.

2. MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, realizado pelas discentes do curso de Enfermagem no período de fevereiro a abril de 2019, durante a disciplina de estágio curricular supervisionado I, realizado em uma UBS da capital do estado do Piauí. O estudo baseia-se nas experiências vivenciadas em campo de estágio,

durante três meses, de segunda a sexta, em carga-horária média de 25h/semanais, a fim de destacar a importância das equipes das UBSs na estruturação da atenção básica de saúde, bem como analisar o acolhimento das comunidades aos serviços, identificando as fragilidades associadas a estes.

Por tratar-se de um relato de experiência, sem aplicação de roteiro de entrevista ou questionário, houve dispensa da apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa para análise e validação.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A unidade básica em estudo oferece duas equipes de saúde da família em cada turno de funcionamento (matutino e vespertino), sendo composta por médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, dentistas, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e educador físico. Em relação à organização estrutural, a unidade abrange espaço constituído por consultórios médicos, odontológicos e de enfermagem, sala para realização de procedimentos de baixa e média complexidade, farmácia, sala de vacinação, auditório para ações em saúde, dentre outros setores.

As estagiárias se organizaram de modo que cada discente permanecesse nos setores por tempo equivalente, visando alcançar máxima experiência e conhecimento sobre as ações em saúde da unidade. Dos serviços disponibilizados à comunidade pela UBS em estudo destacam-se aqueles nos quais o grupo atuou diretamente nas atividades: coleta de exames, vacinação, assistência pré-natal, atenção à saúde da criança (puericultura), atenção continuada a pacientes hipertensos e/ou diabéticos, assistência a pacientes portadores de hanseníase, atenção à saúde da mulher (exame citopatológico), atividades do Programa Saúde na Escola (Figura 2) e atendimento domiciliar.

Figura 2. Atividade de análise da situação vacinal em unidade escolar (Programa Saúde na Escola)

Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

Também foram realizadas palestras de educação em saúde coletiva (Figura 3), voltadas à comunidade, com temáticas específicas de acordo com os atendimentos de cada dia da semana (hiperdia, puericultura, pré-natal e outros), com planejamento organizado do cronograma de consultas.

Figura 3. Palestras de educação em saúde coletiva na UBS

Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

Na perspectiva crítica dos estudantes, estabelecendo os protocolos e cadernos de atenção básica como bases comparativas, evidenciaram-se falhas recorrentes na qualidade dos atendimentos: consultas de enfermagem limitadas (muitas vezes somente ao exame prático, com mínima atenção especializada à saúde sexual e reprodutiva), consultas de puericultura realizadas em conjunto com a atualização cadastral do programa Bolsa Família, de modo desorganizado e coletivo (ocorriam no auditório da unidade, impossibilitando consulta individualizada para avaliação integral da criança) e assistência parcial de pacientes hipertensos e diabéticos, com foco maior na renovação de receituário para os medicamentos de uso contínuo e desatenção nas investigações de presença de sinais/sintomas de complicações, adaptabilidade com o tratamento, exame físico geral, dentre outras lacunas.

Além disso, os atendimentos por demanda espontânea não eram regularmente realizados pela justificativa do agendamento suprir as necessidades da comunidade, fato não condizente com as políticas de acolhimento, em caráter aberto, das unidades básicas. A indisponibilidade de recursos materiais para os atendimentos também contribuiu para o acolhimento inadequado da comunidade aos serviços ofertados na UBS; nesse sentido, destaca-se a limitação dos exames citopatológicos devido ao número reduzido de lâminas, espéculos e outros insumos essenciais para a realização dessas atividades.

Em aspecto similar, devido à falta de transporte disponibilizado pela prefeitura municipal para o deslocamento da equipe multiprofissional, os atendimentos domiciliares a pacientes acamados e/ou com limitações incapacitantes não ocorreram durante o período de estágio do grupo.

3.1. Fragilidades e potencialidades do acolhimento em saúde

A partir das práticas vivenciadas na rotina dos atendimentos durante o período, foram observadas divergências pontuais entre os preceitos estabelecidos nas normas e protocolos e o modo como os serviços de saúde eram conduzidos. Além disso, os contextos vivenciados propiciaram discussões acerca do enfrentamento de limitações e dificuldades existentes no ambiente. Nesse sentido, é importante analisar que o espaço compartilhado nas UBSs pôde possibilitar compreensão, imersão e apropriação da

realidade, pelas relações estabelecidas e as experiências vivenciadas por estudantes (CODATO *et al.*, 2017).

As fragilidades no acolhimento da população foram identificadas e relacionadas a diversos fatores, desde a resistência por alguns profissionais em prover atendimento mais detalhado e qualificado até a desarticulação da própria equipe multiprofissional, com externalização de conflitos internos, falta de diálogo e desorganização dos processos de trabalho. Relacionado a estes fatores, durante a experiência observou-se uma baixa adesão da população aos serviços ofertados e a busca dos moradores do bairro por serviços ofertados em outras UBS nas proximidades, evidenciando descontinuidade e ruptura da estrutura de atendimento dos serviços básicos de saúde da unidade analisada.

A deficiência no acolhimento aos usuários pode estar relacionada às ações em saúde voltadas para o modelo biomédico e práticas pouco adaptadas à realidade da comunidade. O trabalho em saúde na atenção básica requer o uso de tecnologias leves, como maneira de qualificar o acolhimento e o vínculo na perspectiva de centralização do usuário (BARBOSA *et al.*, 2017; FACCHINI *et al.*, 2018).

Além disso, em análise voltada à experiência profissional, a comunicação inadequada entre as equipes, a resistência e falta de disposição de determinados profissionais na transferência de conhecimentos e informações limitaram acentuadamente o aprendizado das estagiárias enquanto enfermeiras em formação.

Em contrapartida, embora as fragilidades percebidas tenham gerado preocupações sobre a efetividade dos serviços de atenção básica à população, a complexidade das problemáticas também despertou no grupo (discentes e supervisor docente) maior resolutividade e proatividade nas demandas dos usuários atendidos, dentro das possibilidades disponíveis.

Os referenciais teóricos apontam as adversidades como parte importante da formação profissional; o estudante deve ser instigado a refletir sobre situações vividas no contexto do trabalho em saúde, para que possa desenvolver competências do cuidado integral de acordo com as necessidades individuais e coletivas e direcionar ações de organização, gestão e cuidado centrados na APS (CLAPIS *et al.*, 2018).

Alguns fatores são determinantes para uma boa adesão da população aos serviços básicos de saúde, com destaque para: a relação interpessoal entre a comunidade e os

profissionais de saúde, o dimensionamento correto de pessoal dentro das UBS e a resolutividade nos encaminhamentos para a atenção secundária. (FACCHINI *et al.*, 2018).

A adequação do quantitativo de profissionais à realidade da comunidade também é componente fundamental à acolhida satisfatória da população, permitindo a ampliação da oferta dos serviços. Ademais, a organização do fluxo de atendimento contribui para melhorar a fluidez e a qualidade dos serviços, ao mesmo tempo em que cumpre o princípio da integralidade do SUS. Nessa perspectiva, um bom vínculo entre profissional/cliente desencadeia sentimentos de receptividade e empatia da população ao serviço de saúde, ao mesmo tempo em que torna o atendimento mais qualificado e humanizado (VIEGAS *et al.*, 2015).

3.2. Implicações do acolhimento em saúde no enfrentamento e na prevenção de agravos e doenças

No acolhimento a doenças de maior complexidade, vulnerabilidades também foram identificadas. Durante os estágios, poucos foram os momentos destinados à busca ativa de casos de hanseníase e tuberculose na comunidade durante os meses de estágio. E, quando presentes, os atendimentos realizados em consultório foram superficiais e descontinuados. Percebeu-se, por parte do enfermeiro responsável, a fragilidade na condução da consulta, com limitação da coleta de informações e do detalhamento de dados, muito aquém de uma avaliação compatível ao nível de complexidade das referidas patologias.

Nesse contexto, em palestra realizada com objetivo de capacitação e atualização dos profissionais a respeito do diagnóstico e tratamento da hanseníase, foi discutida a aplicação detalhada do exame diagnóstico para hanseníase pelos profissionais da unidade básica. Em níveis teóricos, o encontro foi excelente: esclarecimento minucioso dos aspectos biológicos da doença, participação efetiva dos profissionais da UBS e elucidação de dúvidas e lacunas ainda existentes sobre a temática.

Entretanto, em oposição a um dos pilares essenciais para o manejo da hanseníase, a privacidade dos pacientes foi espantosamente desrespeitada durante as explicações

práticas do conteúdo. Durante a realização do exame os usuários que incluíam mulheres, homens, idosos e crianças foram expostos fisicamente sendo solicitados a despir-se (com preservação somente das vestimentas íntimas) para a realização do exame, tendo assim sua privacidade desrespeitada e sendo postos em situação de constrangimento diante de cerca de 30 participantes da palestra.

É importante destacar que, embora o público dos eventos de atualização seja composto majoritariamente por estudantes e profissionais de saúde, a privacidade dos pacientes deve ser assegurada, não somente visando as bases do acolhimento aos atendimentos, mas também respeitando os princípios éticos e profissionais em cada atividade. O estigma e a discriminação associados à hanseníase são fortes barreiras para o controle da doença; portanto, o papel do enfermeiro e da equipe da ESF não se restringe somente aos aspectos fisiológicos relacionados, mas também à complexidade psicossocial a qual os doentes estão constantemente expostos.

3.3. Gerenciamento de enfermagem: estratégia para o acolhimento da comunidade aos serviços

Do acolhimento de atendimentos rotineiros até aos de maior complexidade, o planejamento estratégico é o instrumento básico para garantia da gestão eficiente e da assistência organizada no processo de trabalho da equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo imprescindível a efetividade de ações básicas de gerenciamento na contenção de doenças e agravos, em conjunto com as diretrizes de regionalização, longitudinalidade e resolutividade.

Embora o ordenamento e a qualidade efetiva dos serviços ofertados sejam responsabilidades de todos os profissionais da equipe das unidades, cabem, principalmente ao enfermeiro, as atribuições gerenciais de planejamento e identificação dos fatores que interferem na adesão da comunidade e na qualidade dos serviços de sua unidade, especialmente quando relacionadas a patologias de complexa abordagem, como a hanseníase (LEITE *et al.*, 2019; BRITO, 2019).

Em relação ao cuidado integral da hanseníase, por exemplo, o enfermeiro no âmbito da atenção primária possui um papel determinante na prevenção, tratamento e controle da doença. Com o exame clínico adequado, muitos casos são diagnosticados

precocemente e o acompanhamento torna-se mais seguro e satisfatório, com diminuição dos riscos de agravos e complicações (NASCIMENTO *et al*., 2011).

Em síntese, diante do conjunto multifatorial que engloba o controle de patologias complexas como a hanseníase, o acolhimento em saúde desses pacientes configura-se como uma das principais estratégias para evitar o abandono terapêutico, a fim de se estabelecer vínculo satisfatório e orientação efetiva (com monitorização do tratamento por meio de supervisão das doses dos medicamentos e realização de visitas domiciliares) (RIBEIRO *et al*., 2017).

4. CONCLUSÃO

Evidencia-se que, de modo geral, as fragilidades no acolhimento da comunidade no contexto da Atenção Básica relacionam-se a expoentes complexos e variáveis, que abrangem questões desde qualidade da assistência, até insumos materiais insuficientes. Nessa perspectiva, a base da resolução de tais entraves encontra-se em análises críticas, com a identificação das vertentes para a elaboração de solução práticas aplicáveis que estreitem os limites estabelecidos entre o acolhimento efetivo dos serviços ofertados e a comunidade.

Portanto, a partir da participação e da proatividade da equipe multiprofissional, com treinamentos contínuos dos trabalhadores e avaliação permanente das atividades pelos usuários, pode-se desenvolver o início da reestruturação dos atendimentos, com foco no restabelecimento do vínculo e do acolhimento da população à atenção básica de saúde da região.

5. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à Demanda Espontânea. Caderno da Atenção Básica, nº 28, v. I. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BARBOSA, M.A.G. *et al*. Participação de usuários da atenção primária em práticas de promoção da saúde. Revista Brasileira em Promoção da Saúde. v. 30, p. 1, 2017.

BRITO, M.L.O. Planejamento Estratégico como instrumento de gestão e assistência no processo de trabalho da Equipe Saúde da Família. 45 p. Monografia (Graduação/Bacharelado em Administração). Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA, 2019.

CECÍLIO, L.C.O. & REIS, A.A.C. dos. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 34, e00056917, 2018.

CLAPIS, M.J. *et al*. Problematization methodology in primary healthcare teaching. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 71, p. 1671, 2018.

CODATO, L.A.B. *et al*. Percepções de profissionais sobre o aprendizado de estudantes de graduação na Atenção Básica. Physis: Revista da Saúde Coletiva, v. 27, p. 605, 2017.

FACCHINI, L.A. *et al*. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. Saúde em Debate, v. 42, p. 208, 2018.

GOMIDE, M.F.S. *et al*. A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento. Interface (Botucatu), v. 22, p. 387, 2018.

LEITE, T.R.C. *et al*. Avaliação da estrutura da atenção primária à saúde na atenção à hanseníase. Enfermagem em Foco, v. 10, p. 73, 2019.

MACIEL, M.A.S. *et al*. Percepção dos usuários de uma Estratégia de Saúde da Família sobre o Acolhimento. Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 11, e1095, 2019.

MELO, E.A. *et al*. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. Saúde em Debate, v. 42, p. 38, 2018.

NASCIMENTO, G.R.C. *et al*. Ações do enfermeiro no controle da hanseníase. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 13, p. 743, 2011.

RIBEIRO, M.D.A. *et al*. A visão do profissional enfermeiro sobre o tratamento da hanseníase na atenção básica. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, Fortaleza, v. 30, p. 221, 2017.

SANTOS, J.C. & MELO, W. Estudo de saúde comparada: os modelos de atenção primária em saúde no Brasil, Canadá e Cuba. Gerais, Revista Interinstitucional de Psicologia, v. 11, p. 79, 2018.

VIEGAS, A.P.B. *et al*. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. Saúde e Sociedade, v. 24, p. 100, 2015.

CAPÍTULO 5

HIV/AIDS NO BRASIL: PARADIGMAS EPIDEMIOLÓGICOS E SOCIAIS

Ana C F Yonemoto[1], Mário C Choptian-Júnior[1]

[1] Discente de Medicina, Faculdade de Dracena, Fundação Dracenense de Educação e Cultura, Rua Bahia, 332, Dracena, SP, 17900-000, Brasil.

Palavras-chave: *HIV, AIDS, Agentes ANTI-HIV.*

1. INTRODUÇÃO

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), trata-se de um retrovírus que pertence à família Retroviridae, gênero *Lentivirus*, de RNA fita simples. Através do DNA do hospedeiro, esse vírus realiza uma transcrição reversa para conseguir integrar seu núcleo celular às células do hospedeiro. A transmissão ocorre principalmente pela via sexual (75 a 85%), entretanto, outras vias conhecidas são por transfusões de sangue e de hemoderivados, uso de drogas injetáveis e transmissão vertical, em que pode ocorrer via transplacentária, intraparto e pela amamentação (FERREIRA *et al.*, 2010; VERONESI & FOCACCIA, 2015).

O HIV infecta células de defesa que possuem como marcador o CD4, como linfócitos, macrófagos e células dendríticas. O aumento da predisposição a processos infecciosos e neoplásicos ocorre pela depleção de linfócitos T $CD4^{+}$. A evolução da doença depende da integridade do sistema imunológico e sua interação com o vírus. Normalmente, a infecção aguda apresenta-se com sintomas similares a uma síndrome gripal, sendo seguida por um período de latência assintomático em que pode durar décadas. No entanto, isso não significa que o indivíduo deixe de transmitir a doença (VERONESI & FOCACCIA, 2015).

Segundo o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS), a progressão da HIV para a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) ocorre com a queda de células $CD4^+$ abaixo de 200 células por milímetro cúbico de sangue (200 células/mm3) ou com o desenvolvimento de uma ou mais doenças oportunistas, independentemente da contagem de $CD4^+$. O prognóstico da AIDS sem a terapia medicamentosa é ruim, com uma expectativa de vida de três anos e uma queda de sobrevida para um ano quando há uma doença oportunista (UNAIDS, [20--]).

Os primeiros relatos da AIDS surgiram na década de 80 nos Estados Unidos, relatados pelos Centros de Controle de Doenças (CDC) (GRECO, 2016). Concomitantemente ocorreu a estigmatização relacionada a determinados grupos: homens que faziam sexo com homens, profissionais do sexo e usuários de drogas (GRECO, 2016; GARCIA & KOYAMA, 2008). Em decorrência desse fato, a doença foi inicialmente divulgada como *Gay related immunodeficiency disease* (Grid) (PLATT & PLATT, 2013; VERONESI & FOCACCIA, 2015). A falta de conhecimento e informações sobre a doença levaram a supostas crenças que erroneamente são passadas até os dias de hoje. O medo da transmissão por contato casual pela população era corroborado pelos profissionais e instituições de saúde, os quais se negavam a tratar e internar Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV). Assim sendo, a discriminação e o estigma representam um obstáculo na prevenção e no tratamento de HIV (GRECO, 2016; VILLELA & BARBOSA, 2015).

Em 1983, Françoise Barré-Sinoussi e Luc Montaigner identificaram como agente etiológico da AIDS um retrovírus e, em 2008, receberam o Prêmio Nobel de Medicina por esta descoberta. Posteriormente, o retrovírus foi denominado de o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (VERONESI & FOCACCIA, 2015; THE NOBEL PRIZE, 2020).

Em 1980 foi registrado no Brasil em São Paulo o primeiro caso de AIDS, porém foi classificado como tal apenas em 1982 (BRASIL, 2018). A resposta para o combate da AIDS iniciou em 1985 e foi fortalecida com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 (GRECO, 2016).

A Resolução nº 1.359 em 1992 do Conselho Federal de Medicina (CFM) garantiu o direito ao atendimento as PVHIV e levou em consideração a expansão do tratamento

da AIDS no país, mas a ineficácia das campanhas preventivas e a extensão dos grupos populacionais eram cada vez maiores (GALVAO, 2020; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1992). A resolução nº 1.665 em 2003, surgiu como um complemento ao reforçar a vedação de realização compulsória de sorologia para HIV e garantiu o sigilo profissional salvo em casos previstos em lei (SALDANHA & BANDEIRA, 2019; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2003). Em 2014, a Lei nº 12.984, de 2 de junho, define o crime de discriminação a PVHIV e AIDS (BRASIL, 2014).

O objetivo deste artigo é contextualizar o panorama do HIV/AIDS no Brasil, levando em conta os aspectos históricos, sociais e epidemiológicos que influenciaram nesse cenário, dando enfoque na importância da adesão e perda de segmento do Tratamento Antirretroviral (TARV), abordando as consequências acarretadas no Sistema Público de Saúde e na mortalidade por AIDS e, com isso, buscar novas alternativas de prevenção e tratamento para minimizar esse cenário.

2. MÉTODO

Os dados apresentados foram retirados dos indicadores: dados básicos de monitoramento clínico de HIV e dados básicos e indicadores do HIV/AIDS nos municípios brasileiros e no Boletim Epidemiológico HIV/AIDS de 2019, do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, da Secretaria de Vigilância em Saúde e do Ministério da Saúde.

Os dados de 2019 não foram utilizados, pois eles não representaram o valor real do ano, uma vez que, os dados foram coletados até junho do mesmo ano. Sendo assim foram coletados dados de 1980 a 2018.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. Resultados

A Tabela 1 apresenta os casos totais e por sexo entre 2007 a 2018 relacionados à incidência pelo HIV. Foram notificados um total de 194.244 casos (68,74%) em homens e 88.321 casos (31,25%) em mulheres.

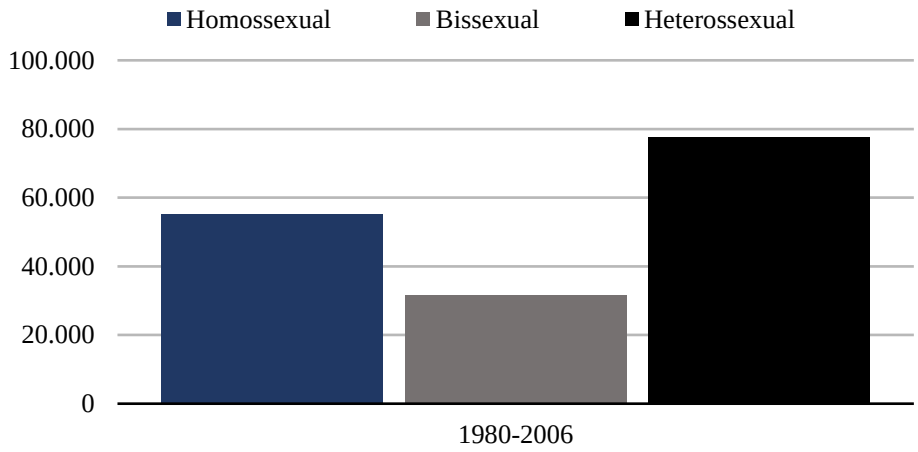
Tabela 1. Casos totais e por sexo 2007-2018 relacionados a incidência pelo HIV

Ano	Feminino	Masculino	Total
2007	3148	4430	7580
2008	3430	4915	8347
2009	3529	5525	9055
2010	3971	6721	10693
2011	4317	8381	12702
2012	5044	9517	14564
2013	6909	13545	20459
2014	9844	21176	31028
2015	11640	26997	38645
2016	11927	29232	41166
2017	12375	32060	44443
2018	12187	31745	43941
Total	88.321	194.244	282.565

Fonte: (BRASIL, 2019; Adaptação dos autores, 2020).

As Figuras 1, 2 e 3 relacionam os números de casos de AIDS com a orientação sexual. De 1980 a 2006 (Figura 1), os heterossexuais representavam 77.560 (47,17%) dos casos, seguidos pelos homossexuais 55.173 (35,55%), e em último lugar os bissexuais 31.670 (19,26%).

Figura 1. Distribuição de AIDS de acordo com a orientação sexual 1980 a 2006

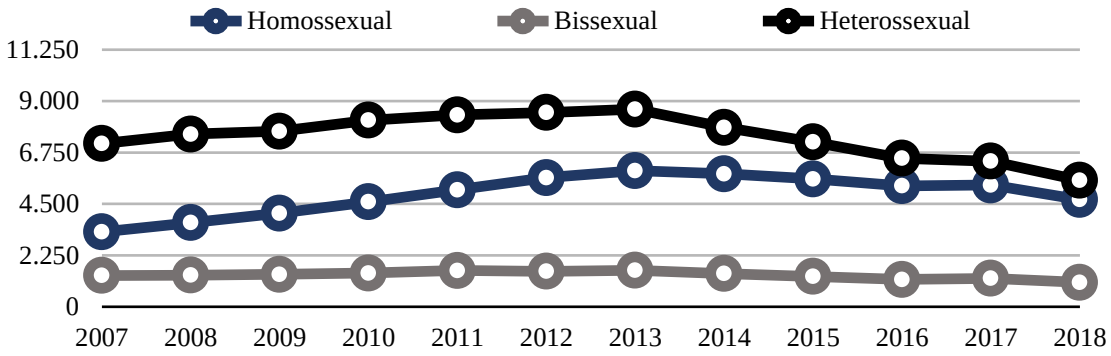


Fonte: (BRASIL, 2019; Adaptação dos autores, 2020).

A Figura 2 aborda os cenários mais atuais, detalhando o período entre 2007 a 2018 e mostra um aumento gradual entre o período de 2007 a 2013 referente a distribuição de

AIDS em homossexuais e heterossexuais. Nos anos seguintes do período observado verifica-se uma queda, com exceção nos anos de 2016 a 2017 em que há um discreto aumento entre os homossexuais e bissexuais. O declínio é observado principalmente no ano de 2018, em que representou um total de 12,73% em todas as orientações sexuais mencionadas no artigo.

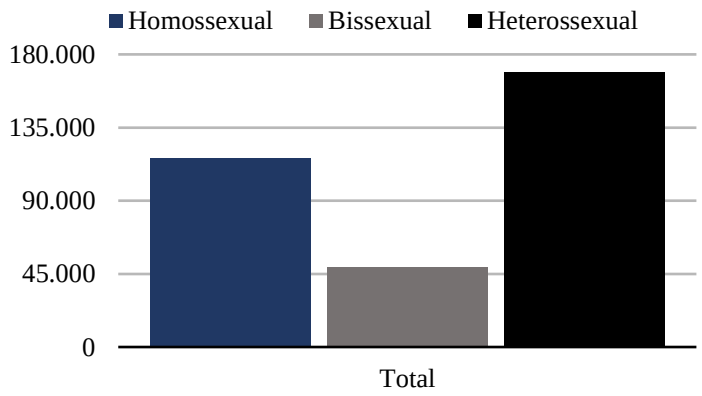
Figura 2. Distribuição de AIDS de acordo com a orientação sexual



Fonte: (BRASIL, 2019; Adaptação dos autores, 2020).

Por fim, a Figura 3 engloba um panorama geral de todos os anos demonstrando 333.859 casos de AIDS, dentre os quais nota-se que os heterossexuais refletem em um grupo com maior incidência, representado por 169.181 (50,67%) dos casos, seguido pelo grupo de homossexuais com 115.935 (34,72%) e bissexuais com 48.743 (14,6%).

Figura 3. Distribuição de AIDS total de acordo com orientação sexual



Fonte: (BRASIL, 2019; Adaptação dos autores, 2020).

Com relação ao número de casos novos de HIV por região do Brasil no período de 2007 a 2018, verifica-se na Tabela 2 que a região Sudeste encontra-se acima das demais regiões em todos os anos. Em 2018, as regiões apresentaram 43.941 novos casos de HIV, que em ordem decrescente representam: região Sudeste 16.586 (37,7%) casos, região Nordeste 10.808 (24,6%). região Sul 7.838 (17,8%), região Norte 5.084 (11,6%) e região Centro-Oeste 3.625 (8,2%). No período mencionado houveram 300.496 casos notificados de HIV, dentre os quais são distribuídos 136.902 (45,6%) casos na região Sudeste, seguidos pela região Sul com 60.470 (20,1%) casos, 55.090 (18,3%) na região Nordeste, 26.055 (8,7%) na região Norte e por fim 21.979 (7,3%) na região Centro-Oeste.

Tabela 2. Número de casos novos de HIV por região do Brasil 2007-2018

População	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Total
2007	197	514	5204	1379	286	7580
2008	250	617	5608	1578	294	8347
2009	322	764	2981	1609	379	6055
2010	518	1011	6735	1928	501	10693
2011	609	1395	7479	2424	795	12702
2012	729	1645	8294	2988	908	14564
2013	1117	2540	10126	5221	1455	20459
2014	2551	5161	13719	7195	2402	31028
2015	3707	7608	15872	8422	3036	38645
2016	4269	8339	17200	8238	3120	41166
2017	4663	10110	17721	8315	3634	44443
2018	5084	10808	16586	7838	3625	43941
Total	24016	50512	127525	57135	20435	279623

Fonte: (BRASIL, 2019; Adaptação dos autores, 2020).

A Tabela 3 informa os dados referentes ao TARV, englobando aspectos como a adesão suficiente, insuficiente e perda de seguimento. Nota-se que em 2018 foram abordados 646.188 casos, dentre os quais 72,11% representavam a adesão suficiente, 19,73% adesão insuficiente e 8,14% perda de seguimento. Quando abrangemos um cenário entre os anos de 2009 a 2018 esses números contemplam a 4.942.563 casos totais, sendo 68,98% casos com adesão suficiente, 21,85% adesão insuficiente e 9,15% de perda de seguimento. Observa-se entre esse período apontado que há um crescente aumento na maioria das taxas, com exceção da adesão insuficiente entre 2017 e 2018, que apresenta

uma queda de 3,83% e da perda de seguimento entre 2016 a 2017 com um declínio de 3,91%.

Tabela 3. Distribuição de adesão e perda de seguimento do TARV por ano 2009-2018

Ano	Adesão Suficiente	Adesão Insuficiente	Perda de seguimento	Total
2009	156.410	58.156	26.317	240.883
2010	177.463	65.455	27.819	270.737
2011	200.012	69.996	28.918	298.926
2012	226.346	77.161	33.859	337.366
2013	261.189	82.124	35.617	378.930
2014	297.971	96.430	42.713	437.114
2015	347.458	104.995	43.231	495.684
2016	381.618	113.593	49.846	545.057
2017	414.992	132.624	47.894	595.510
2018	465.983	127.544	52.661	646.188

Fonte: (BRASIL, 2019; Adaptação dos autores, 2020).

Nas Tabelas 4 e 5 apresentamos os números associados a AIDS no Brasil. A primeira reflete os casos totais e por sexo de 1980 a 2018 relacionados à incidência da AIDS e a segunda demonstra o nexo entre a mortalidade por AIDS em regiões do Brasil, no período de 2007 a 2018.

Tabela 4. Casos totais e por sexo (1980-2018) relacionados a incidência pela AIDS

ANO	Feminino	Masculino	Total
1980-2007	171774	332513	504287
2008	16353	24520	40873
2009	16044	24769	40813
2010	15297	25109	40406
2011	15718	26634	42352
2012	15362	26722	42084
2013	15079	27849	42928
2014	14160	27582	41742
2015	13022	27476	40498
2016	12255	26661	38916
2017	11515	26475	37990
2018	11130	26029	37159
Total	327709	622339	950048

Fonte: (BRASIL, 2019; Adaptação dos autores, 2020).

Evidencia-se na Tabela 4 que foram informados 950.048 casos totais, sendo 622.339 (68,76%) homens e 327.709 (36,21%) mulheres. Dentre esses casos se destacarmos o ano de 2018 tivemos no total 37.159, com 26.029 homens (70,04%) e 11.130 (29,95%) mulheres. Nota-se que o sexo masculino tem os números de casos superiores às mulheres, independente do ano.

Observa-se na Tabela 5 que a mortalidade por AIDS na região Sudeste é maior em todo o período abordado (1980 a 2018), representando 58,31% do total. Em contrapartida, a região Centro-Oeste apresenta o menor número de óbitos em todos os anos, sendo 5,25% do total de óbitos. É perceptível que a tendência desses números é a queda, porém ainda são números significativos para uma doença com tratamento, uma vez que, em 2018, ocorreram 10.980 óbitos por AIDS, somando-se todas as regiões.

Tabela 5. Mortalidade de AIDS por região do Brasil

População	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Total
1980-2007	5673	20176	137646	32624	9449	205568
2008	762	1885	5882	2585	725	11839
2009	807	2105	5884	2633	705	12134
2010	939	2061	5788	2589	774	12151
2011	926	2212	5727	2575	711	12151
2012	904	2332	5540	2525	772	12073
2013	1135	2512	5540	2643	734	12564
2014	1165	2469	5648	2547	746	12575
2015	1177	2683	5437	2539	831	12667
2016	1276	2693	5314	2439	818	12540
2017	1232	2594	4700	2333	804	11663
2018	1209	2413	4512	2094	752	10980
Total	17205	46135	197618	60126	17821	338905

Fonte: (BRASIL, 2019; Adaptação dos autores, 2020).

3.2. Discussão

O número de pacientes positivos para o HIV tem aumentado exponencialmente nos últimos anos, sendo evidente que o período de 2014 a 2018, como descrito na Tabela 1, representou um crescimento de 138,87% de novos casos no total ao ser comparado aos anos de 2007 a 2013. Além disso, é importante destacar que esses valores são notavelmente maiores em homens, chegando à razão de 2,6:1 (M:F) em 2018.

Devido a proporção global causada pela epidemia de HIV, a Organização Mundial da Saúde (OMS), na tentativa de planejar novos meios de prevenção, desenvolveu uma classificação com base na propagação da doença por país/região. O Brasil situa-se em uma epidemia concentrada, ou seja, quando é possível detectar em cada 100 pessoas mais do que 5 casos de infecção em qualquer grupo populacional específico (VERONESI; FOCACCIA, 2015).

Nas Figuras 1, 2 e 3 observa-se uma taxa superior de heterossexuais convivendo com AIDS, desde o ano de 1980 até os dias atuais. Sendo assim, a Figura 1, que traz a somatória dos dados de 1980 a 2006 contradizem os primeiros estudos realizados com AIDS em que limitavam o grupo de risco a homossexuais.

O primeiro estudo sobre a AIDS surgiu nos Estados Unidos, mais especificamente em Atlanta, na década de 80. O CDC relatou, através do jornal *Morbidity and Mortality WeekIy Report* (MMWR), casos de homens que faziam sexo com homens, previamente saudáveis, que apresentavam pneumonia por *Pneumocystis carinii*. Posteriormente, surgiram vários estudos sobre a AIDS, entre eles, mais uma divulgação do MMWR expondo infecções, entre grupos homossexuais masculinos, em Nova Iorque e Los Angeles, com o sarcoma de Kaposi e pneumonia por *Pneumocystis carinii* (VERONESI & FOCACCIA, 2015).

Com o avanço da ciência e a descoberta dos meios de transmissão houve uma quebra do paradigma em que o HIV/AIDS era restrito a certas minorias, como homens que faziam sexo com homens, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis. Porém, a sociedade ainda sofre resquícios da discriminação arcaica criada a grupos considerados de risco.

É válido destacar que, a transmissão do HIV representa um risco maior com o sexo anal receptivo desprotegido, independente do sexo (VERONESI & FOCACCIA, 2015). Entre o sexo feminino, 96,9% dos casos são atribuídos à transmissão heterossexual (VILLELA & BARBOSA, 2015).

Como complementação ao cenário de HIV no Brasil, a distribuição por região, evidenciada na (Tabela 2), demonstra uma desigualdade notável, a qual pode ser representada pela razão entre o Sudeste e Centro-Oeste, que são extremos, de 4,5:1 no ano de 2018, sendo assim, 45 PVHIV na região Sudeste para cada 10 no Centro-Oeste.

Essa diferença pode ser justificada por diversos fatores como: a distribuição demográfica, diferenças escolares, socioeconômicas e comportamentais.

Mesmo que não exista cura para o HIV, os medicamentos antirretrovirais utilizados no tratamento são capazes de prolongar a vida desses pacientes ao inibir a multiplicação do vírus no organismo, a ponto de passar a ser considerada uma afecção fatal para uma doença crônica controlável, apesar de complexa (VERONESI & FOCACCIA, 2015).

Em 17 de julho de 2000, durante a Reunião do Conselho de Segurança da ONU, foi instituída a resolução 1.308/2000, que implicava a AIDS como uma questão de segurança global (GALVAO, 2002).

Sabemos que o TARV é uma peça fundamental para o combate da AIDS, auxiliando tanto na saúde, quanto na economia, uma vez que atua na prevenção, no desenvolvimento da doença, de outras infecções oportunistas e na mortalidade, minimizando os gastos de recursos financeiros.

Em 1995 a 2000, houve uma diminuição de 54% do número de óbitos por AIDS em São Paulo e de 73% no Rio de Janeiro com a inserção do TARV. No mesmo período, observa-se um declínio nos gastos de recursos financeiros relativos a internações hospitalares e tratamento de infecções oportunistas, com uma economia média de 677 milhões de dólares (GALVAO, 2002). De acordo com um estudo realizado no Serviço de Atendimento Especializado (SAE) do município de Quixadá-CE, que avaliou os custos do tratamento disponibilizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), obteve-se um custo anual total de 60.423,36 reais com medicamentos para HIV e um custo médio de 1.373,25 usando a combinação antirretroviral tripla.

A nota informativa nº 5/2019 do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais do Ministério da Saúde traz estudos atuais em que afirmam que PVHIV em uso do TARV e que apresentam carga indetectável há pelo menos seis meses, não transmite o HIV por via sexual. O Ministério da Saúde recomenda um segmento com exame de carga viral a cada seis meses para controle. Essas evidências auxiliam na quebra de estigmas e estimulam a adesão contínua ao tratamento (BRASIL, 2019). Vale destacar que, isso não exclui a relevância do uso de preservativos para evitar a infecção do HIV, outras infecções

sexualmente transmissíveis (IST) e a gravidez. Apesar da terapia antirretroviral ter evoluído muito ao longo dos anos, o TARV ainda possui efeitos adversos que podem se apresentar a curto ou longo prazo, o que pode dificultar a adesão do paciente, esse problema pode ser minimizado com uma comunicação adequada entre o paciente e a equipe de Saúde (VERONESI & FOCACCIA, 2015).

O SUS distribui os medicamentos antirretrovirais desde 1996, porém, com as novas diretrizes para terapia antirretroviral em adultos e adolescentes do PN-DST/AIDS do Ministério da Saúde do Brasil, de 2013, houve garantia do tratamento para todas as PVHIV, sejam eles sintomáticos, assintomáticos e gestantes, independente da carga viral (BRASIL, 2013). Concomitante, pode ser observado na Tabela 4 que a partir do ano de 2013 há uma queda de casos novos de AIDS, em contrapartida, no período de 2013 a 2015 tem um aumento sutil na mortalidade por AIDS. Apesar da incidência ter sofrido um declínio, o número de óbitos se manteve relativamente constante (Tabela 5), significando que há uma adesão insuficiente do tratamento e/ou um diagnóstico tardio.

A luz do exposto, reforçamos que é fundamental ao paciente ter total conhecimento da doença e da relevância do tratamento em sua qualidade de vida. Os PVHIV precisam compreender que a terapia deve ser contínua e determinada por doses em quantidade e horários corretos, para que possam atingir uma carga viral indetectável/intransmissível e melhorar o seu prognóstico. Ademais, a adesão depende de fatores psicossociais, comportamentais, fisiológicos e culturais, sendo assim compete a equipe de saúde que as decisões sejam tomadas de forma compartilhada com o paciente.

Recomenda-se, pelos autores deste trabalho, como uma possível solução para atenuar os índices de incidência e mortalidade da AIDS, o tratamento diretamente observado (TDO), baseado no esquema do tratamento da tuberculose.

O TDO deveria ser realizado por um tempo determinado, tendo em vista que se trata de uma doença crônica, podendo ser realizado na Unidade de Saúde ou no domicílio do paciente. Desta maneira, além da deglutição da medicação, é criado um vínculo maior entre o paciente e os profissionais de saúde, proporcionando uma adesão correta do tratamento. Sendo assim, este momento seria uma oportunidade para levar mais informações sobre o TARV, pois se trata de um regime terapêutico complexo, tendo a necessidade do seguimento do tratamento, de esclarecer sua relevância para o paciente e

as pessoas as quais ele se relaciona, reforçando os meios de transmissão, os possíveis efeitos adversos dos medicamentos e a importância do seguimento com exames laboratoriais periódicos.

Desta maneira, se apresenta uma proposta de mudança fundamentada na qualificação dos profissionais, viabilizando uma participação ativa de todos os profissionais da Unidade de Saúde, além de promover o diálogo entre a equipe multidisciplinar e PVHIV, para que ele tenha uma maior aceitação de seu diagnóstico.

Deve-se destacar que a educação sexual é imprescindível para evitar o compartilhamento de informações inadequadas a respeito do HIV/AIDS, para combater a discriminação, o preconceito e o estigma relacionados a PVHIV e estimular o conhecimento relacionado a transmissibilidade e prevenção de ISTs.

4. CONCLUSÃO

O direcionamento exclusivo para homossexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis, considerados grupos de risco, indubitavelmente contribuíram para a estigmatização e marginalização da doença perante a sociedade, além disso, essa limitação cooperou para o aumento da transmissão, uma vez que restringiu a infecção a determinados grupos.

É notável que, a região Sudeste retrata a maioria dos casos de HIV. Ao abordar a questão da orientação sexual, rompe-se o estereótipo da doença, tendo em vista que a maior parte dos casos acometidos são heterossexuais. É importante destacar que o vírus, majoritariamente, situa-se na população masculina.

Os dados apresentados ratificam que a AIDS representa índices relevantes relacionados a incidência e mortalidade, uma vez que o TARV é capaz de prevenir seu desenvolvimento e assim aumentar a expectativa e qualidade de vida do PVHIV.

Por se tratar de uma doença crônica ainda sem cura, diferentes formas de prevenção e controle devem ser tomadas. A educação sexual é uma medida preventiva eficaz para uma população com mais informação e conhecimento sobre ISTs e quebra de preconceitos historicamente impostos. O diagnóstico precoce e o TDO são necessários para uma melhor qualidade de vida, diminuição da transmissibilidade e redução de gastos

públicos. A implementação de novas medidas e execução de ações preexistentes são fundamentais para o desenvolvimento político, sociocultural e econômico.

5. REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Conheça os novos critérios para a substituição de esquemas de Tarv para o uso do Dolutegravir. BRASÍLIA: MS, 2018. Disponível em: http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/conheca-os-novos-criterios-para-substituicao-de-esquemas-de-tarv-para-o-uso-do-dolutegravir. Acesso em: 7 set. 2020

BRASIL. Lei nº 12.984, de 2 de junho de 2014. Define o crime de discriminação dos portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e doentes de aids. Brasília, Planalto, 2014. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L12984.htm. Acesso em: 9 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Doenças de Condições crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Nota Informativa nº 5/2019-.DIAHV/SVS/MS. BRASÍLIA: MS, 2019a. Disponível em: http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/nota-informativa-no-52019-diahvsvsms. Acesso em: 7 set. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos. Brasília: MS, 2013. Disponível em: http://www.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/12/protocolo-manejo-HIV-adultos-2013.pdf. Acesso em: 7 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Boletim Epidemiológico HIV/AIDS de 2019b. Disponível em: http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-de-hivaids-2019. Acesso em: 7 set. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Indicadores e dados básicos de monitoramento clínico de HIV. BRASÍLIA: MS, 2019c. Disponível em: http://indicadoresclinicos.aids.gov.br/. Acesso em: 7 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Indicadores e dados básicos do HIV/AIDS nos municípios brasileiros. BRASÍLIA: MS, 2019d. Disponível em: http://indicadores.aids.gov.br/. Acesso em: 7 set. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CMF nº 1.665/2003 Ementa: Dispõe sobre a responsabilidade ética das instituições e profissionais médicos na prevenção, controle e tratamento dos pacientes portadores do vírus da SIDA (AIDS) e soropositivos. Diário Oficial da União: Seção 1, Brasília, D.F, p. 1, maio 2003. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2003/1665_2003.pdf . Acesso em: 9 set. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1.359 em 1992 do Conselho Federal de Medicina (CFM). Dispõe do uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958. Diário Oficial da União: Seção 1, São Paulo, S.P, p. 1605, 11 nov. 1992. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/1992/1359_1992.pdf, Acesso em: 9 set. 2020.

FERREIRA, R. C. S. *et al.* HIV: mecanismo de replicação, alvos farmacológicos e inibição por produtos derivados de plantas. Química Nova, v. 33, p. 1743, 2010.

GALVAO, J. A política brasileira de distribuição e produção de medicamentos anti-retrovirais: privilégio ou um direito? Cadernos de Saúde Pública, v. 18, p. 213, 2002 .

GARCIA, S. & KOYAMA, M.A.H. Estigma, discriminação e HIV/Aids no contexto brasileiro, 1998 e 2005. Revista de Saúde Pública, v. 42, p. 72, 2008 .

GRECO, D.B. Trinta anos de enfrentamento à epidemia da Aids no Brasil, 1985-2015. Ciência & Saúde Coletiva, v. 21 p. 1553, 2016.

PLATT, M.B. & PLATT, M.O. From GRID to gridlock: the relationship between scientific biomedical breakthroughs and HIV/AIDS policy in the US Congress. Journal of the International AIDS Society, v. 16, p. 18446, 2013.

SALDANHA, D.L. & BANDEIRA, I.C.J. Análise farmacoeconômica da terapia antirretroviral de pacientes HIV-positivo acompanhados por um serviço de atendimento especializado. Mostra Científica da Farmácia, n. 5, 2019. Disponível em: http://publicacoesacademicas.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/mostracientificafarmacia/article/view/2941/2503. Acesso em: 9 set. 2020.

THE NOBEL PRIZE. Françoise Barré-Sinoussi: Facts. [S.L.]:Nobel Prize Nobel, 2020. Disponível em: https://www.nobelprize.org/prizes/medicine/2008/barre-sinoussi/facts/. Acesso em: 9 set. 2020.

UNAIDS. Informações básicas: Sobre o HIV e a AIDS. Brasília: UNAIDS. [20--]. Disponível em: https://unaids.org.br/informacoes-basicas/. Acesso em: 9 set. 2020.

VERONESI, R.& FOCACCIA, R. Tratado de infectologia. 5. ed. rev. e atual. São Paulo: Editora Atheneu, 2015.

VILLELA, W.V. & BARBOSA, R.M. Prevenção da transmissão heterossexual do HIV entre mulheres: é possível pensar estratégias sem considerar suas demandas reprodutivas? Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 18, p. 131, 2015.

CAPÍTULO 6

CARACTERIZAÇÃO DO SUICÍDIO NO BRASIL NO SÉCULO XXI

Marcelo B Suehara[1], Alisson F S B da Silva[1], Ana Clara S Cruz[1], Bertoldo M A Nascimento[1], Sanny P Oliveira[1], Bruno L C A de Oliveira[2]

[1] Discente de Medicina, Universidade Federal do Maranhão, Pinheiro/MA.
[2] Docente do curso de Medicina, Universidade Federal do Maranhão, São Luís/MA.

Palavras-chave: *Suicídio; Perfil Epidemiológico; Brasil.*

1. INTRODUÇÃO

A palavra "suicídio" é originada do latim, advinda da junção das expressões *sui* (si mesmo) e *caederes* (ação de matar). Em sentindo geral, trata-se de uma das formas de violência auto infligida, na qual o indivíduo, por intenção, causa a cessação da própria vida (VIEIRA, 2008). A execução do ato suicida representa a ação extrema que em geral tem origem no comportamento suicida, caracterizado pelo pensamento de auto aniquilamento.

Esse agravo, representa importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo, com tendência de crescimento nas próximas décadas. Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 2014 apontam que anualmente mais de 800 mil pessoas cometem suicídio, sendo que esse número deve chegar a 1,6 milhão de mortes em 2020 (JUNIOR, 2015). No Brasil, observa-se tendência de crescimento das taxas de suicídio, desde 1960, frente a uma transição epidemiológica no país. Destaca-se que os dados podem ser ainda maiores no Brasil e no mundo, tendo em vista a subnotificação, que está relacionada principalmente com o estigma social que favorece a omissão de casos (MACHADO & DOS SANTOS, 2015).

O Brasil é o oitavo país em número de suicídios no mundo, sendo a maioria de suicídios entre homens (RIBEIRO *et al.*, 2018). Esse fato de consumação masculina está consoante com a tendência mundial de que os homens são três vezes mais propensos do que as mulheres a cometer suicídio. Sabe-se, ainda, que os meios mais frequentemente usados para o suicídio variam segundo complexa rede de interação genética, biológica, psicológica, econômica e sociocultural que envolve o suicídio (BOTEGA, 2014).

Levando em consideração a faixa etária de pessoas que cometem suicídio, dados da OMS em 2018, apontam que o autoextermínio configura a segunda principal causa de morte entre jovens com idade entre 15 e 29 anos (PENSO & DE SENA, 2020). Além disso, o suicídio também se relaciona com o envelhecimento, em que o aumento da idade pode vir acompanhado de processos biológicos e psicológicos que podem induzir a pessoa à decisão de se autodestruir (MINAYO & CAVALCANTE, 2010).

Entre regiões do Brasil também têm sido descritas diferenças no perfil e taxas de mortalidade por suicídio entre os anos de 1980 e 2000 (MELLO-SANTOS *et al*., 2005). Uma das razões para essa heterogeneidade seriam as diferentes realidades socioeconômicas, demográficas e assistenciais. No entanto, a identificação exclusiva das variáveis regionais não consegue elucidar totalmente as crescentes taxas de suicídio, necessitando, dessa forma, de um aprimoramento na investigação das influências geográficas, bem como na contribuição de fatores como escolaridade, estado civil e idade na ocorrência desses casos (MACHADO & DOS SANTOS, 2015).

Outrossim, ainda que o cenário seja alarmante, o suicídio pode ser prevenido, frente análise contextual que possibilita a compreensão de situações de maior risco. Contudo, o estigma em relação ao tema do suicídio impede a procura de ajuda e, por sua vez, a coleta de dados e sua posterior análise. Assim, ressalta-se a importância de abordagem da temática, visto que esse debate opera muito mais como um fator de prevenção do que como fator de risco (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Nesse sentido, no Brasil, raros são os trabalhos que exploram com acuidade o padrão e a dinâmica de mortalidade por suicídio neste século XXI. Tendo isso em vista, o presente estudo visa caracterizar o perfil e as taxas de mortalidade por suicídio no Brasil, bem como conhecer os métodos mais empregados e suas diferenças segundo o sexo.

2. MÉTODO

2.1 Tipo de estudo

Realizou-se estudo transversal sobre a caracterização do perfil e das taxas de mortalidade por suicídio no Brasil, durante o período de 2000 e 2017. Foram considerados como suicídio todos os óbitos por lesão autoprovocada e intencional, de acordo com a 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID-10), codificadas de X60 a X84. A análise foi realizada até o ano de 2017, pois este era o último ano com dados disponíveis até a coleta de dados desta pesquisa.

Os dados foram obtidos por meio do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Para o cálculo das taxas de mortalidade foram utilizadas as estimativas populacionais obtidas do Instituto Brasileiro de Geografia (IBGE) referentes aos censos de 2000 e 2010, segundo sexo e macrorregião do país.

2.2. Local de estudo

A pesquisa foi desenvolvida com dados de óbitos registrados no Brasil.

2.3. População de estudo

A população estudada foram todos os óbitos por suicídio no Brasil ocorridos durante o período de 2000 a 2017, correspondente a 168.794 mortes.

2.4. Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu em junho de 2019. Os dados foram coletados no SIM (DATASUS), utilizando a classificação X60 a X84 que se refere às lesões autoprovocadas intencionalmente. As variáveis de estudo foram: escolaridade, cor/raça, estado civil, faixa etária e macrorregião do país.

2.5. Análise dos dados

Foram estimadas as frequências absolutas e relativas para os óbitos segundo um conjunto de variáveis socioeconômicas e demográficas (cor/raça, faixa etária, escolaridade, estado civil e região dos óbitos, total e por sexo). As idades foram consideradas em cinco grupos etários (0–19, 20–39, 50–59 e ≥60 anos de idade); à escolaridade em nenhuma, 1-3, 4-7, 8-11 e ≥12 anos de estudo, a cor/raça em brancos, pretos, pardos, amarelo e indígenas, o estado civil em solteiro, casado, viúvo ou separado judicialmente e as regiões em Norte, Nordeste, Centro-oeste, Sudeste e Sul. Além disso, verificou-se o método autoempregado para realizar o ato suicida (medicamentos e substâncias biológicas não específicas, álcool, pesticidas e produtos químicos, armas de fogo, arma branca e objetos contundentes, enforcamento e estrangulamento, precipitação de lugar elevado e demais categorias), fazendo uma comparação entre os resultados do sexo masculino e feminino.

Diferenças estatisticamente significantes entre os sexos foram testadas por meio do teste de qui-quadrado de Pearson, quando p-valor menor que 0,05. Os bancos de dados inicialmente foram gerados em planilhas de Excel. Em seguida, os dados foram exportados para análise pelo *software* estatístico Stata 14.0.

Para o cálculo das taxas de mortalidade, foram utilizados os dados do censo demográfico de 2000 (total de 169.799.170 habitantes) para cálculo das taxas ocorridas entre 2000 e 2009. Já para os óbitos ocorridos entre 2010 e 2017, considerou-se como padrão a população brasileira em 2010, que totalizava 190.755.799 de indivíduos. As taxas de mortalidade foram apresentadas por 100.000 habitantes (hab.) e padronizadas por método direto tendo como padrão a população do Brasil nos anos dos dois últimos censos demográficos e apresentadas para Brasil e suas regiões.

2.6. Aspectos éticos e legais

A pesquisa foi baseada exclusivamente em dados secundários, obtidos a partir de bases de dados de domínio público, com informações agregadas e disponíveis *on line* em sites eletrônicos oficiais. Não constam dados de identificação pessoal (nomes e números

de documentos), nem do domicílio (endereço), o que garante o respeito ao sigilo e privacidade sobre as informações dos sujeitos da pesquisa, sendo dispensada apreciação por Comitê de Ética em pesquisa envolvendo seres humanos e respeitando as questões éticas, conforme as diretrizes e normas regulamentadoras e pesquisa em seres humanos.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. Resultados

Durante o período estudado (2000 a 2017), foram registrados 168.794 óbitos por suicídio no Brasil. A maioria foram em homens (78,9%), no grupo de 20-39 anos (43,7%), idosos (≥60 anos) (15,4%), com escolaridade até sete anos de estudo (61,1%), brancos (55,1%), solteiros (55,1%) e moradores da região Sudeste (38,0%) e Sul do Brasil (24,1%). Ao se considerar as diferenças nas prevalências desses óbitos por sexo, verificaram-se diferenças estatisticamente significante (*p-valor=0,001*) para todas as características estimadas. Em ambos os grupos de sexo, foram maiores as prevalências nas mesmas categorias observadas sem considerar o sexo. Porém, pessoas do sexo masculino apresentaram maiores prevalências de suicídio nas idades de 20-39 anos (44,8%), idosos (≥60 anos) (15,9%), com escolaridade até sete anos de estudo (63,0%), pardos (38,5%), solteiros (56,2%) e moradores da região Sudeste (37,8%) e Sul do país (24,5%). Enquanto nas mulheres foram maiores as proporções em brancos (58,2%), amarelos e indígenas (1,9%), viúvas (8,0%) e separadas (8,3%). (Tabela 1).

Tabela 1. Características dos óbitos por suicídios segundo sexo no Brasil entre 2000 e 2017

Indicadores	Sexo				TOTAL		*p-valor*[1]
	Masculino		Feminino				
	n	%	n	%	n	%	
Faixa Etária (em anos)							
0 – 19	9.446	7,1	4.530	12,7	13.976	8,3	*0,000*
20 – 39	59.493	44,8	14.004	39,4	73.497	43,6	
40 – 59	42.750	32,2	12.138	34,1	54.888	32,6	
≥ 60	21.105	15,9	4.849	13,6	25.954	15,4	

Escolaridade (anos)							
Nenhuma	3.439	5,0	916	4,7	4.355	4,9	
1 a 3 anos	14.831	21,7	3.317	17,2	18.148	20,7	
4 a 7 anos	24.798	36,3	6.109	31,6	30.907	35,3	*0,000*
8 a 11 anos	18.202	26,6	5.685	29,4	23.887	27,2	
12 e mais	7.004	10,2	3.255	16,8	10.259	11,7	
Raça/Cor							
Branco	69.091	54,3	19.768	58,2	88.859	55,1	
Preto	7.349	5,7	1.612	4,7	8.961	5,5	*0,000*
Pardo	48.987	38,5	11.871	35,0	60.858	37,7	
Amarelo e Indígena	1.723	1,3	661	1,9	2.384	1,4	
Estado Civil							
Solteiro	66.942	56,2	16.515	51,2	83.457	55,1	
Casado	40.290	33,8	10.423	32,3	50.713	33,5	*0,000*
Viúvo	4.280	3,5	2.581	8,0	6.861	4,5	
Separado judicialmente	7.544	6,3	2.698	8,3	10.242	6,7	
Região							
Norte	8.592	6,4	2.280	6,4	10.872	6,4	
Nordeste	29.649	22,2	7.941	22,3	37.590	22,2	
Centro-Oeste	11.943	8,9	3.336	9,3	15.279	9,0	*0,000*
Sudeste	50.367	37,8	13.890	39,0	64.257	38,0	
Sul	32.652	24,5	8.119	22,8	40.771	24,1	

Notas: 1- Teste qui-quadrado de Pearson.

Em relação aos métodos empregados no ato suicida, os mais utilizados foram enforcamento e estrangulamento (61,0%) e arma de fogo (11,9%). Houveram diferenças estatisticamente significantes (*p-valor=0,001*) na prevalência dos métodos empregados segundo o sexo. Porém, não mudou o ranqueamento dos métodos para homens, sendo enforcamento e estrangulamento (64,7%) e por arma de fogo (13,4%) as duas principais causas. Por outro lado, mulheres tiveram como o segundo e terceiro principal método empregados o uso de pesticidas (16,1%) e medicamentos e substâncias biológicas não especificadas (9,7%). (Tabela 2).

Tabela 2: Tipo de lesões autoprovocadas e intencionais que foram causa do óbito por suicídio segundo sexo no Brasil entre 2000 e 2017

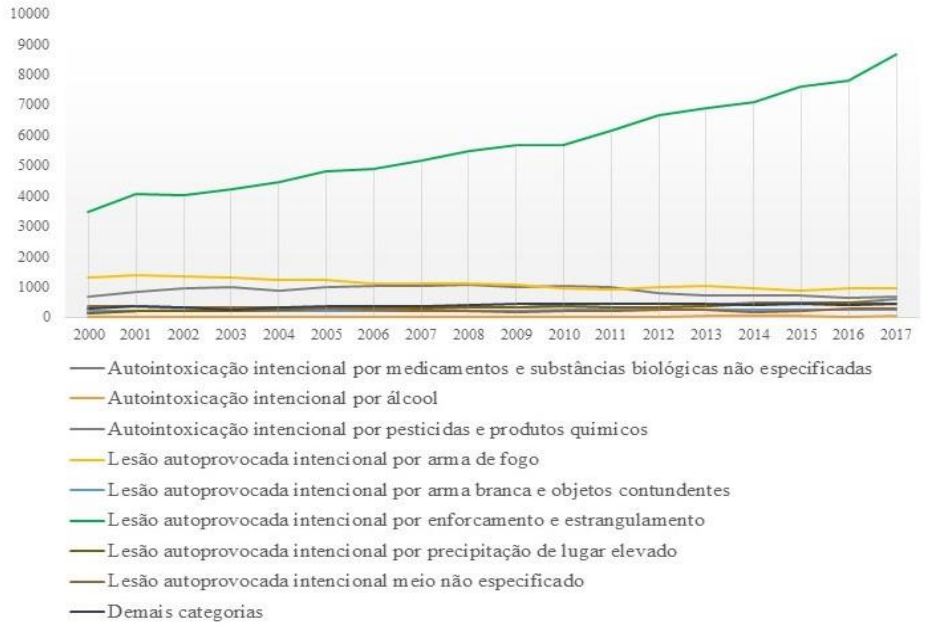
	Sexo				**TOTAL**		***p-valor***
	Masculino		**Feminino**				
Método autoempregado no suicídio segundo categorias CID 10*	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Medicamentos e substâncias biológicas não especificadas	3.153	2,3	3.478	9,7	6.631	3,9	*0,000*
Álcool	425	0,3	110	0,3	535	0,3	
Pesticidas e produtos químicos	10.306	7,7	5.743	16, 1	16.049	9,5	

Arma de fogo	17.860	13,4	2.220	6,2	20.080	11,9
Arma branca e objetos contundentes	3.543	2,6	768	2.1	4.311	2,5
Enforcamento e estrangulamento	86.276	64,7	16.669	46,8	102.945	61,0
Precipitação de lugar elevado	3.862	2,9	2.154	6,0	6.016	3,5
Demais categorias	7.778	5,8	4.424	12,3	12.202	7,2

Notas: 1- Teste qui-quadrado de Pearson; Categorias do CID*: Autointoxicação intencional por medicamentos e substâncias biológicas não especificadas: X60–X64; Autointoxicação intencional por álcool: X65; Autointoxicação intencional por pesticidas e produtos químicos X68-X69; Lesão autoprovocada intencional por arma de fogo X72-X74; Lesão autoprovocada intencional por arma branca e objetos contundentes X78-X79; Lesão autoprovocada intencional por enforcamento e estrangulamento X70; Lesão autoprovocada intencional por precipitação de lugar elevado X80; Lesão autoprovocada intencional meio não especificado X84; Demais categorias: X66, X67, X71, X75-X77, X81-X83.

No que se refere à evolução das formas utilizadas para a ação suicida durante o período de 2000 a 2017, constata-se que alguns métodos tiveram redução no volume de casos, como a autointoxicação intencional por pesticidas e produtos químicos e a lesão autoprovocada por armas de fogo. Vale salientar que a lesão por enforcamento e estrangulamento foi a forma mais utilizada entre os indivíduos que morreram por autoextermínio, apresentando o maior número absoluto de casos e crescimento constante durante todo período analisado. (Figura 1).

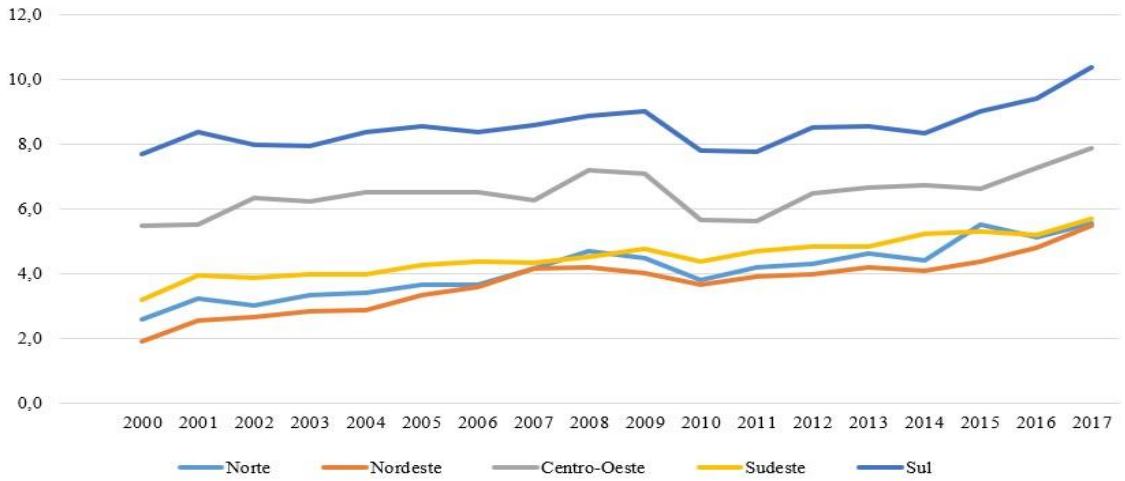
Figura 1. Quantidade de Mortes Anual de Acordo com a Forma da Lesão Autoprovocada no Brasil no Período de 2000 a 2017 por Região, 2019



Fonte: Departamento de Informática do SUS (Datasus) - Sistema de Informação de Mortalidade (SIM).

Ao se analisar a distribuição das taxas de mortalidade por suicídio nas regiões brasileiras, observou-se aumento importante entre 2000 e 2017. Contudo, notou-se quedas pontuais que não interferem na tendência de aumento geral, a exemplo do período de 2009 a 2010. Ao longo do período de estudo, as taxas sempre foram maiores nas regiões Sul e Centro-oeste e menores no Nordeste. Porém, as taxas da região Sul apresentaram o menor aumento entre as regiões (35%) e região Nordeste o maior, com crescimento de 189% (Figura 2).

Figura 1. Taxa de Mortalidade Anual por Lesões Autoprovocadas no Brasil entre 2000 a 2017



Fonte: Departamento de Informática do SUS (Datasus) - Sistema de Informação de Mortalidade (SIM).

3.1. Discussão

Os dados revelam um perfil de características associadas ao suicídio e suas importantes diferenças entre sexo, revelando grupos sociodemográficos mais vulneráveis ao emprego do autoextermínio. Apontaram também o maior predomínio de lesão autoprovocada intencional por enforcamento e estrangulamento e arma de fogo na população geral e nos homens. Porém, entre as mulheres, verificou-se maiores prevalências de óbitos por uso de medicamentos e pesticidas, sugerindo que homens e mulheres empregam métodos distintos na realização do suicídio. Entre as regiões do

Brasil, houve grande diversidade: Sul e Centro-Oeste com maiores taxas de mortalidade, e Norte e Nordeste se destacaram pelo maior incremento das taxas neste século.

Os resultados desse estudo demonstram as tendências crescentes de óbitos por suicídio e do coeficiente de mortalidade por autoextermínio no Brasil, ao longo dos 18 anos analisados. Considerando apenas o intervalo de 2000 a 2012, houve um incremento de 26,5% da mortalidade por suicídio (MACHADO & DOS SANTOS, 2015). O índice de mortalidade brasileiro por violência auto infligida é considerado relativamente baixo quando comparado a países desenvolvidos, como França, Suíça, Bélgica, Áustria, Estados Unidos e os do Leste Europeu e, inclusive, a países emergentes como a China. Contudo, os números absolutos de casos de óbitos por essa causa, alçam o Brasil a um patamar dos dez países mais prevalentes (CARMO *et al*., 2018).

Em consonância com a literatura, ao avaliar os índices de suicídio segundo sexo, percebe-se a evidente predominância do ato em indivíduos do sexo masculino (CARMO *et al*., 2015; CUNHA *et al*., 2016). As taxas de suicídio de homens superam as das mulheres em quase todos os países do globo, com exceção da China e de Bangladesh, marcadamente distintos pelas suas particularidades socioculturais (STRUSZCZYK *et al.*, 2019). Embora o suicídio no Brasil predomine em homens, são atribuídos um maior número de tentativas de suicídio às mulheres (DUTRA, 2012; VIDAL *et al.*, 2013). Isso pode explicado pelo fato do sexo masculino estar associado à preferência por meios de suicídio mais incisivos e letais, a exemplo das armas de fogo e do enforcamento, ou seja, meios que acarretam morte na primeira tentativa (VIDAL *et al.*, 2013; CUNHA *et al*., 2016)

Uma das hipóteses para compreender esse fenômeno reside em algumas tendências do comportamento masculino, os quais incluem a dificuldade para externalizar sentimentos e possíveis condutas agressivas e intempestivas (DUTRA, 2012). A socialização masculina ocidental é embasada em traços como a força, a resiliência e a virilidade. Nesse sentido, problemas de saúde mental podem ser negligenciados e estigmatizados por serem dados como “incompatíveis” com os ideais de masculinidade (STRUSZCZYK *et al.*, 2019). As pressões e expectativas baseadas em gênero, como temores de insucesso financeiro, maior sensibilidade a reveses econômicos, a excessiva

competitividade e a impulsividade, configuram fatores de risco para o autoextermínio (D'EÇA JÚNIOR *et al*., 2019).

De acordo com o levantamento realizado, a morte por enforcamento e estrangulamento foi o método de suicídio efetivo hegemônico neste século em ambos os sexos. A literatura aponta que a escolha predominante por esse método está associada às lesões geralmente fatais, com pequeno risco de sobrevivência (MARIN-LEON e BARROS, 2003). A difusão dessa técnica também pode estar relacionada com a facilidade de encontrar ferramentas para a execução desse método, como cordas e locais de suspensão, aliada ao fato que a maioria desses atos são realizados em ambientes reservados, dificultando o acesso de outras pessoas que poderiam intervir nesse momento (REISCH *et al*., 2019).

O segundo método mais prevalente em homens foi o uso de armas de fogo, todavia; para mulheres foi a autointoxicação intencional por pesticidas e produtos químicos. A considerável parcela de envolvimento de armas de fogo nos óbitos por suicídio pode estar associada às vendas ilegais de armas no país, durante o período analisado (MACHADO & DOS SANTOS, 2015). A maior prevalência do uso de armas de fogo por homens relaciona-se a com a maior inclinação masculina por meios violentos e fatais, em contraposição ao sexo feminino, que utiliza recursos menos agressivos, possivelmente relacionado com a preocupação da estética corporal (KÕLVES *et al*., 2018).

A intoxicação por pesticidas tornou-se um problema de saúde pública global, principalmente após a Revolução Verde, em 1950, que facilitou o acesso e o armazenamento desses produtos químicos (EDDLESTON & GUNNELL, 2020). A prevalência da intoxicação por pesticida pode ser atribuída à comercialização do raticida “chumbinho", o qual também está presente em agrotóxicos (WERNECK, 2006). Com efeito, experiências de redução de mortalidade em outros países oferecem vislumbre de um enfrentamento ao problema, a exemplo de restrições de importação de agrotóxicos no Sri Lanka e o fortalecimento do rigor da posse de armas de fogo na Austrália (DA ROSA *et al*., 2017).

Ao longo do século XXI, percebe-se que ocorreu uma significativa elevação dos métodos de autointoxicação por medicamentos e substâncias biológicas não especificadas

e de autointoxicação por álcool, representando um aumento percentual de 227% e 500% respectivamente. O álcool é um importante fator de risco para suicídio devido seu efeito prejudicial às funções cognitivas, intensificando o sofrimento psicológico e a agressividade, que limita a capacidade de criar um plano alternativo em situações adversas do cotidiano (BORGES *et al*., 2017). Dessa forma, é possível que o abuso excessivo de álcool esteja relacionado com o crescente aumento da depressão nos últimos anos, em que muitas pessoas tentam abreviar o sofrimento por meio de seu uso excessivo (KING *et al*., 2006). O uso de medicamento e outras substâncias biológicas, por sua vez, reflete a maior intenção de provar o efeito letal, por meio do uso concomitante de diversos princípios ativos (BERNARDES *et al*., 2010).

No presente estudo, observa-se alta prevalência de lesões autoprovocadas no sexo masculino, na faixa etária de 20-39 anos e na população acima de 60 anos. Pessoas de diferentes grupos etários, possuem razões distintas para o suicídio. Em adultos jovens, as motivações afetivas, financeiras e acadêmicas corroboram para as taxas de autoextermínio, ao passo que em adultos de meia-idade predominam as razões relativas ao trabalho e às questões familiares (YING & CHANG, 2009).

Altas taxas de suicídio nessa faixa etária mais jovem acarretam grandes custos econômicos e sociais, visto que essa parcela da população está apta a iniciar sua vida profissional e familiar ou foi recentemente inserida nessas dimensões. No ano de 2010, os custos por cada suicídio consumado por pessoas em idade produtiva foram estimados em 1 milhão de dólares nos Estados Unidos (SHEPARD *et al*., 2016; RODRIGUES *et al*., 2019). Em geral, os números absolutos indicam maior mortalidade por suicídio em pessoas mais jovens, contudo, os números relativos por faixa etária são até oito vezes maiores entre os idosos (BACHMANN, 2018).

Quanto à pessoa idosa, os fatores precipitantes incluem as dificuldades em lidar com o processo de envelhecimento, o isolamento social ou conjugal, a morte de uma pessoa querida ou mesmo a perda do senso de utilidade (CARMO *et al*., 2018). A literatura também aponta aspectos clínicos (demência, deficiência cognitiva e doenças físicas crônicas) como fatores determinantes no comportamento suicida de adultos mais velhos (CONEJERO *et al*., 2018). Além disso, o transtorno de ansiedade, junto à depressão comórbida, na idade avançada estão fortemente associados ao ato suicida,

sugerindo que o tratamento dessas condições psiquiátricas pode ser otimizado em idosos com vistas à prevenção de óbitos (VOSHAAR *et al*., 2015).

Assim como em estudos anteriores, verificou-se que a o suicídio foi mais vigente nos solteiros (RIBEIRO *et al*., 2018). O matrimônio é um fator protetor para ambos os gêneros, embora seja particularmente importante para os homens, em função do seu caráter de integração emocional e social. Os homens, contudo, tornam-se mais vulneráveis ao suicídio após a separação ou morte de um cônjuge, uma vez que estão menos propensos a terem um vínculo social significativo. Portanto, são eles os mais suscetíveis a emoções negativas exacerbadas diante de uma ruptura (PAYNE *et al*., 2008).

A população feminina viúva representa parcela considerável dessa variável. Nessa perspectiva, o aumento de casos entre mulheres viúvas tem provável vínculo com as perdas emocionais, a privação social e as dificuldades financeiras e psicológicas de conduzir a família após a perda do cônjuge (DA SILVA *et al*., 2018). As perdas afetivas, muitas vezes associadas a redução da autonomia física em decorrência da idade, constitui um fator de grande impacto na concretização do suicídio (MINAYO & CAVALCANTE, 2013).

Quanto ao nível educacional, foi possível notar que existe uma maior tendência de ocorrer lesões autoprovocadas em indivíduos com baixa escolaridade do sexo masculino. Apesar de ser uma relação pouco explorada na literatura, o nível de escolaridade repercute diretamente em ocupações de baixa qualificação e remuneração, em situações de desemprego e estabilidade econômica, o que proporciona níveis de preocupações e estresse desencadeantes de sofrimento psíquico (VIDAL *et al*., 2013; MACHADO & DOS SANTOS, 2015).

O desemprego é um fator social que apresenta risco substancialmente maior para os homens do que para as mulheres (STRUSZCZYK *et al*., 2019). Assim, o peso da pressão social aliado às necessidades de capacitação dentro de um mercado cada vez mais competitivo e informalizado, gera insegurança, desespero e desesperança com o futuro (RODRIGUES *et al*., 2019).

Segundo a literatura, o status socioeconômico é fator de risco de suicídio específico para homens jovens. Evidências da Inglaterra e do País de Gales sugerem que o risco de suicídio é maior em homens de 15 a 44 anos, inseridos em contexto de

vulnerabilidade social (PITMAN *et al*., 2012). Também se observa que as próprias condições de educação e renda determinam a utilização dos meios de cuidado à saúde, os quais desempenham papel importante para a manutenção da qualidade de vida (BACHMANN, 2018).

No período estudado, observa-se que todas as regiões brasileiras apresentaram crescimento na taxa de lesões autoprovocadas, com destaque às regiões Sul e Centro-Oeste, que ficam acima da média nacional. Dessa forma, as informações encontradas estão em consonância com um estudo feito no período de 2000 a 2012 que retrata a maior incidência de suicídios na região Sul, com um valor de 9,8 por 100.000 habitantes, e no Centro-Oeste, com 7,6, seguidas por 5,6 no Sudeste, 5,3 no Norte e 5,2 no Nordeste (MACHADO & DOS SANTOS, 2015). É importante ressaltar que apesar do Nordeste possuir as menores taxas percentuais, possui o maior crescimento entre as regiões estudas (CALIXTO FILHO & ZERBINI, 2016). Embora o suicídio seja mais frequente nas áreas mais desenvolvidas do país, há um crescimento significativo nas regiões em desenvolvimento, a exemplo da região Nordeste, com destaque para os estados do Ceará e da Bahia, por representarem juntos mais de 40% das mortes por suicídio na região (CARMO *et al*. 2018).

O presente estudo assinala leve descenso das taxas de mortalidade no período de 2009 a 2010 em todas as regiões brasileiras. Nesse sentido, a literatura aponta que situações de crise econômica e desemprego, em função das baixas expectativas de crescimento e de ascensão social, culminam em frustração e maior ocorrência de suicídio, logo, o contrário, como situações de expansão econômica e de estabilidade influem em redução dos óbitos (CALIXTO FILHO & ZERBINI, 2016). A tendência da mortalidade ao longo do século XXI reflete a dinâmica da economia brasileira, que após um período de expansão (2004-2013), contraiu abruptamente a partir de 2014, ano a partir do qual as taxas de mortes por lesão autoprovocada tiveram incremento abrupto (PAULA & PIRES, 2017).

Dentre as limitações do presente artigo, pode-se citar o emprego de dados extraídos do SIM, o qual está sujeito à ocorrência de subnotificação e falhas no preenchimento das declarações de óbito. Outro fator associado, reside na impossibilidade

de confirmar, a partir desse estudo, se as taxas dos óbitos emanam, de fato, dos fatores citados.

4. CONCLUSÃO

A partir deste estudo, observou-se crescimento das taxas de suicídio no Brasil ao longo do século XXI, o qual apresentou alguns padrões, como o fato de ser um comportamento mais predominante na região Sul e no sexo masculino, jovens e de baixa escolaridade. Entretanto, essa prática tem crescido também nas demais regiões e para ambos os sexos, o que denota a necessidade de mais pesquisas sobre essa problemática para entendê-la melhor e possibilitar medidas cabíveis tanto para o governo como para os demais órgãos da sociedade.

Torna-se nítido que o Brasil ainda carece de um programa nacional de prevenção, tendo em vista que essa prática se relaciona com diversos fatores, tanto por questões intrínsecas (problemas familiares, ausência de objetividade para a vida, desilusão) como também por questões extrínsecas (aspectos políticos, raciais, de gênero e culturais). Todas essas particularidades são importantes para determinarem o surgimento e a manutenção do comportamento suicida. Dessa forma, é necessário efetuar o estabelecimento de estratégias cuja intervenção seja capaz de realizar o diagnóstico e tratamento, tal qual preconizada pela OMS (2014), que propõe diversas recomendações que servem como modelos norteadores, tal qual a limitação ao acesso às armas de fogo, pesticidas e certos medicamentos, que são os métodos mais utilizados para o suicídio.

Nesse sentido, é importante ressaltar que essas estratégias sejam realizadas pelos profissionais da área da saúde para promover ações de prevenções efetivas e oferecer serviços especializados para os grupos que apresentam uma taxa elevada de suicídio e aqueles que demonstram uma ascensão dessas estatísticas como mostrado por este estudo, tais como moradores de centros urbanos, solteiros e ambos os sexos com enfoque aos homens, mas sem fugir das outras parcelas da população como, também no caso das regiões (Norte, Nordeste, Centro-Oeste e Sul).

5. REFERÊNCIAS

BACHMANN, S. Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. International Journal of Environmental Research and Public Health, v. 15, p. 1425, 2018.

BERNARDES, S.S. *et al*. Perfil das tentativas de suicídio por sobredose intencional de medicamentos atendidas por um Centro de Controle de Intoxicações do Paraná, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 26, p. 1366, 2010.

BORGES, G. *et al*. A meta-analysis of acute alcohol use and the risk of suicide attempt. Psychological Medicine, v. 47, p. 949, 2017.

BOTEGA, N.J. Comportamento suicida: epidemiologia. Psicologia Usp, v. 25, p. 231, 2014.

BRASIL. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 maio 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 28 de agosto 2020.

CALIXTO FILHO, M. & ZERBINI, T. Epidemiologia do suicídio no Brasil entre os anos de 2000 e 2010. Saúde, Ética & Justiça, v. 21, p. 45, 2016.

CARMO, E.A. *et al.* Tendência temporal da mortalidade por suicídio no estado da Bahia. Cogitare Enfermagem, v. 23, e52516, 2018.

CONEJERO, I. *et al.* Suicide in older adults: current perspectives. Clinical Interventions in Aging, v. 13, p. 691, 2018.

CUNHA, F.A. *et al*. Análise documental sobre os suicídios ocorridos na região de Jundiaí entre 2004 e 2014. Salud & Sociedad, v. 7, p. 212, 2016.

D'EÇA JÚNIOR, A. *et al*. Mortalidade por suicídio na população brasileira, 1996-2015: qual é a tendência predominante? Cadernos Saúde Coletiva, v. 27, p. 20, 2019.

DUTRA, E. Suicídio de universitários: o vazio existencial de jovens na contemporaneidade. Estudos e Pesquisas em Psicologia, v. 12, p. 924, 2012.

EDDLESTON, M. & GUNNELL, D. Preventing suicide through pesticide regulation. The Lancet Psychiatry, v. 7, p. 9, 2020.

JUNIOR, A.F. O comportamento suicida no Brasil e no mundo. Revista Brasileira de Psicologia, v. 2, p. 15, 2015.

KING, A.L.S. *et al*. Risco de suicídio em paciente alcoolista com depressão. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v. 55, p. 70, 2006.

KÕLVES, K. *et al.* Choice of a suicide method: Trends and characteristics. Psychiatry Research, v. 260, p. 67, 2018.

MACHADO, D.B. & SANTOS, D.N. dos. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v. 64, p. 45, 2015.

MARIN-LEON, L. & BARROS, M.B.A. Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico. Revista de Saúde Pública, v. 37, p. 357, 2003.

MINAYO, M.C.S & CAVALCANTE, F.G. Estudo compreensivo sobre suicídio de mulheres idosas de sete cidades brasileiras. Cadernos de Saúde Pública, v. 29, p. 2405, 2013.

MINAYO, M.C.S. & CAVALCANTE, F.G. Suicídio entre pessoas idosas: revisão de literatura. Revista Saúde Pública, v. 44, p. 750, 2010.

OMS. RELATÓRIO MUNDIAL DA SAÚDE. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. 1 ed., Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2002.

PAULA, L.F.de. & PIRES, M. Crise e perspectivas para a economia brasileira. Estudos Avançados, v. 31, p. 125, 2017.

PAYNE, S. *et al*. The social construction of gender and its influence on suicide: a review of the literature. Journal of Men's Health, v. 5, p. 23, 2008.

PENSO, M.A. & DE SENA, D.P.A. A desesperança do jovem e o suicídio como solução. Revista Sociedade e Estado, v. 35, p. 61, 2020.

PITMAN, A. *et al.* Suicide in young men. The Lancet, v. 379, p. 2383, 2012.

REISCH, T. *et al*. Suicide by hanging: Results from a national survey in Switzerland and its implications for suicide prevention. PloS one, v. 14, e0220508, 2019.

RIBEIRO, J.M. & MOREIRA, M.R. Uma abordagem sobre o suicídio de adolescentes e jovens no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, p. 2821, 2018.

RIBEIRO, N.M. *et al*. Análise da tendência temporal do suicídio e de sistemas de informações em saúde em relação às tentativas de suicídio. Texto & Contexto Enfermagem, v. 27, e2110016, 2018.

RODRIGUES, C.D. *et al*. Trends in suicide rates in Brazil from 1997 to 2015. Brazilian Journal of Psychiatry, v. 41, p. 380, 2019.

DA ROSA, N.M. *et al*. Mortalidade por suicídio no Estado do Paraná segundo meios utilizados: uma análise epidemiológica. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v. 66, p. 73, 2017.

SHEPARD, D.S. *et al.* Suicide and suicidal attempts in the United States: costs and policy implications. Suicide and Life-Threatening Behavior, v. 46, p. 352, 2016.

DA SILVA, R.M. *et al*. Ideação e tentativa de suicídio de mulheres idosas no nordeste do Brasil. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 1, p. 755, 2018.

STRUSZCZYK, S. *et al*. Men and suicide prevention: a scoping review. Journal of mental health, v. 28, n. 1, p. 80-88, 2019.

VIDAL, C.E.L. *et al*. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. Cadernos de Saúde Pública, v. 29, p. 175, 2013.

VIEIRA, K.F.L. Depressão e suicídio: uma abordagem psicossociológica no contexto acadêmico. 159 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Departamento de Psicologia, Universidade Federal da Paraíba, Paraíba, 2008.

VOSHAAR, R.C.O. *et al.* Suicide in patients suffering from late-life anxiety disorders; a comparison with younger patients. International Psychogeriatrics, v. 27, p. 1197, 2015.

WERNECK, G.L. *et al*. Tentativas de suicídio em um hospital geral no Rio de Janeiro, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 22, p. 2201, 2006.

YING, Y. & CHANG, K. A study of suicide and socioeconomic factors. Suicide and Life-threatening Behavior, v. 39, p. 214, 2009.

CAPÍTULO 7

INFECÇÃO POR ENTEROPARASITOS, INDICADORES SOCIOECONÔMICOS E DE SAÚDE – COMUNIDADE DE OURIVES, JAGUARIPE – BAHIA

Neila C De J P Dos Santos[1], Daise P M Rocha[2], Glauber A Dos Santos[3], Raoni Dos S Andrade[4], Edemilton R Santos Junior[4], Aldery S Passos[4], Érica S Bomfim[4], Wesley A De Albuquerque[5], Jéssica G Da Silva[4], Ana L M Amor[6]

[1] Licenciada em Ciências, Universidade Federal da Bahia; Nutricionista, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Santo Antônio de Jesus/BA; Especialista em Educação no Campo / Centro Universitário Leonardo da Vinci.
[2] Graduada em Letras Vernáculas, Universidade Estadual da Bahia, Santos Antônio de Jesus/BA; Especialização e Mestrado em Estudos Literários, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana/BA. Docente UNIASSELVI.
[3] Biomédico e Servidor Técnico do Centro de Ciências da Saúde- Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (CCS/UFRB), Santo Antônio de Jesus/ BA.
[4] Bacharel(a) em Saúde e discente de Medicina, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Santo Antônio de Jesus/ BA.
[5] Discente de Enfermagem, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Santo Antônio de Jesus/ BA.
[6] Bióloga, Universidade Federal da Bahia, Salvador/BA; Mestre em Patologia Experimental / FIOCRUZ; Doutora em Biotecnologia em Saúde, Universidade Federal da Bahia, Salvador/BA. Docente, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Santo Antônio de Jesus/ BA.

Palavras-chave: *Indicadores de saúde; Parasitos intestinais; Comunidade.*

1. INTRODUÇÃO

No campo da Saúde Pública, muitos estudos destacam várias doenças que acometem populações que vivem em precárias condições de saneamento básico e de higiene sanitária, apresentando condições socioeconômicas não satisfatórias, refletindo em sujeitos, por exemplo, com deficiências em seus estados nutricionais. Dentre estas doenças, estão as enteroparasitoses que apresentam ampla distribuição geográfica no

Brasil (MASCARINI & DONALÍSIO, 2006; CABRAL *et al*., 2010; OLIVEIRA & AMOR, 2012; VIEIRA & BENETTON, 2013).

A prevalência de enteroparasitos em crianças e adolescentes residentes em cidades do interior do estado da Bahia, mostra-se elevada em alguns estudos, sendo a maior ocorrência para infecções por mais de um parasito (seja helminto e/ou protozoário), o que sugere a necessidade de maior quantitativo de ações que visem a melhoria do saneamento básico, bem como ações voltadas para as questões de educação em saúde e autocuidado. Pois, a principal via de transmissão desses parasitos ocorre por contato fecal-oral, estando diretamente ligada às condições de saneamento básico, higiene pessoal, alimentar e doméstica, entendendo-se que a falta ou as más condições desses fatores podem contribuir para esses achados (CABRAL *et al*., 2010; OLIVEIRA & AMOR, 2012; CARVALHO *et al*., 2016).

Em 25 países da América Latina e Caribe, há cerca de 46 milhões de crianças vivendo em zonas de risco para infecção ou reinfecção por parasitos intestinais (OPAS, 2016). As infecções parasitárias podem interferir no processo de ensino-aprendizado ao impactar no baixo desenvolvimento físico e mental por provocar diversas intercorrências gastrointestinais (diarreia, constipação, dores abdominais, inapetência e perda de peso sem causa aparente) que, nos casos mais graves, pode resultar em morte (BRASIL, 2018).

Dessa forma, estudos com comunidades diversas, seja da zona urbana ou rural, do campo ou das águas, indígenas ou quilombolas, fazem-se relevantes, visto que, em algumas comunidades percebe-se a escassez de água própria para consumo, a falta de investimentos em infraestrutura e a carência de políticas básicas de saúde, educação e assistência social, o que favorece a permanência e disseminação de diversos agentes infecciosos e parasitários tornando ainda mais precária as condições de vida dessas populações (CABRAL *et al*., 2010; VIEIRA & BENETTON, 2013; CARVALHO *et al*., 2016; ANDRADE *et al*., 2018).

Considerando o exposto, este estudo visou identificar a prevalência de enteroparasitos e de fatores de risco para esta infecção em uma comunidade situada no Recôncavo da Bahia (Brasil).

2. MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal descritivo-exploratório, realizado no período de outubro a dezembro de 2019, na comunidade do Ourives, situada em Jaguaripe-BA, pertencente ao Recôncavo da Bahia. Jaguaripe é um município localizado a 239 km da capital baiana, com população estimada em 2019 de 18.788 habitantes, chamados de jaguaripenses, possuindo 898,7 km^2 e vizinho dos municípios de Aratuípe, Valença e Salinas das Margaridas (IBGE, 2019; CIDADE BRASIL, 2020).

De acordo com dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, o município conta com 11 unidades de atenção à saúde, divididas entre unidade de saúde da família e unidade básica de saúde (BRASIL, 2020). Todavia, no vilarejo de Ourives, não se encontram estas unidades de saúde, por isso, para os atendimentos em saúde, os moradores se dirigem às comunidades próximas, Mutá e Cações. O mesmo acontece no âmbito da educação, existem 82 escolas registradas em Jaguaripe, sendo elas particulares, municipais e estaduais, nenhuma no território da comunidade de Ourives, então os estudantes frequentam os colégios dos distritos próximos de Mutá, Pirajuia e Cações (BAHIA, 2020).

Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia para pesquisa com Seres Humanos e os moradores que, após a leitura e esclarecimentos sobre o projeto, concordaram em contribuir com a pesquisa assinando o formulário do termo de consentimento livre e esclarecido.

Este estudo foi composto por três etapas: entrevistas por meio de questionários presenciais, coleta e análise de amostras fecais e devolutiva dos resultados aos participantes. Previamente, ocorreram reuniões com as representações locais para explicar os objetivos e a proposta do estudo. Foi realizada uma entrevista por meio de questionário sobre as características socioeconômicas e sanitárias dos participantes e distribuídos coletores na comunidade. A identificação dos participantes foi mantida em sigilo, assegurando o anonimato e a confidencialidade das informações.

Durante as visitas, os participantes eram orientados a realizarem a coleta das fezes de preferência pela manhã, com entrega previamente agendada. As coletas e as análises parasitológicas foram feitas em colaboração com o Grupo de Estudos em Parasitologia

Humana (GEPaH) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (CCS/UFRB). Para a realização das análises parasitológicas do material fecal, foram utilizadas as técnicas sedimentação espontânea e Rugai, e os solos coletados dos terrenos das casas foram analisados pela técnica de Rugai modificado, de acordo com o estudo de Andrade *et al*. (2018).

Posteriormente, foram entregues os laudos com os resultados dos exames parasitológicos de fezes e das análises dos solos. Assim como, foi realizado o agendamento de uma ação de educação em saúde, para fins de socialização de medidas preventivas diante dos achados. Em virtude do tamanho pequeno da amostra, não foram realizadas análises estatísticas dos dados obtidos. Gráficos e tabelas foram obtidos pelo Programa Microsoft Excel® 2010.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ourives é uma pequena comunidade situada entre os distritos de Cações e Mutá, pertencentes ao município de Jaguaripe – BA. A obtenção de dados específicos sobre a comunidade foi realizada a partir de relatos dos moradores mais antigos no momento das entrevistas desta pesquisa. Segundo estes relatos, a comunidade se formou a partir de uma família e, a medida que esta foi crescendo, aumentava também o número de casas no local.

Atualmente habitam 30 famílias, a maioria com grau de parentesco sem registros históricos em cartório. Quanto a origem, foram observadas divergências nos relatos, com informações de que a cidade é oriunda de uma comunidade indígena e outros que são remanescentes quilombolas. Faz-se importante o resgate histórico desta comunidade para socialização entre os seus e conhecimento dos demais.

O meio de subsistência é a pesca artesanal, em que os pescadores e marisqueiras deslocam-se para mares pertencentes aos dois distritos supracitados para realizarem seus trabalhos. Esse é um dos fatores que podem ter contribuído para baixa adesão da pesquisa pela comunidade, visto que, os horários de saída para a pesca são variáveis, dependentes da maré. Assim, por vezes, coincidiam com o horário de coleta e aplicação dos questionários.

A equipe executora estabeleceu diálogo com a comunidade no intuito de diminuir esses choques de horário, mas o esforço não foi suficiente para aumentar a adesão. Somando-se a essa justificativa, algumas características peculiares da comunidade podem ter potencializado a baixa adesão, tais como: desmotivação em participar de atividades dessa natureza; participação ativa das mães no provento do lar, significando assim, menor permanência das mesmas nas residências durante o dia; não entrega de material fecal pelos entrevistados, em virtude da dificuldade de evacuação diária relatada; e, ausência de alguns participantes nas residências, nos momentos determinados para o recolhimento do material.

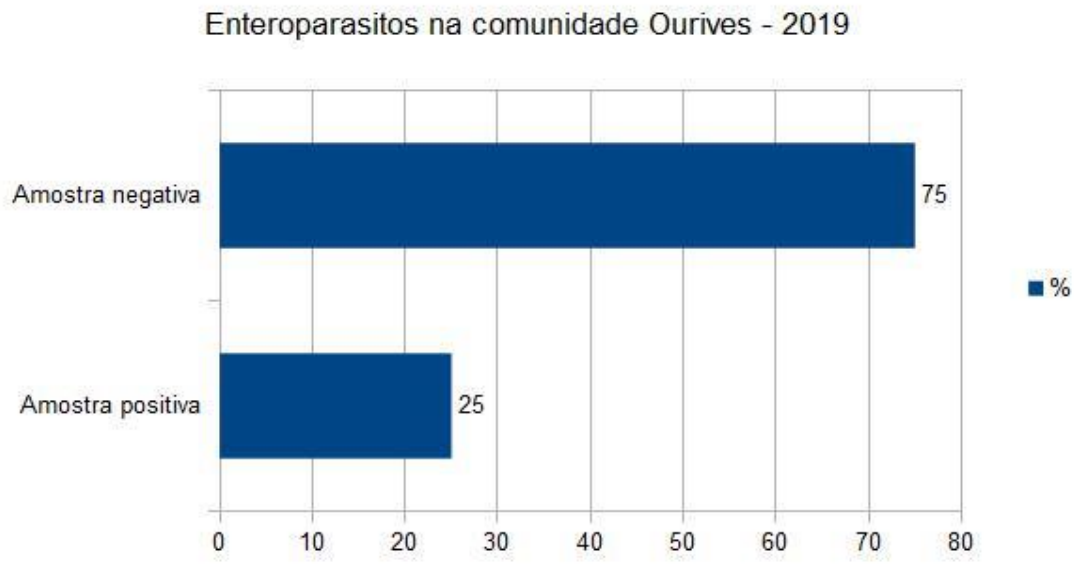
É sabido que existem dificuldades na realização de uma pesquisa de campo que analisa a prevalência de enteroparasitos, bem como aquela que utiliza como instrumento diagnóstico um questionário. Vale ressaltar que fazer pesquisa demanda um planejamento árduo e contínuo, pois adversidades podem dificultar a sua execução, por isso, é sempre importante trazer a comunidade para o problema e traçar corresponsabilidades, com o intuito de aumentar a adesão e melhorar a análise epidemiológica destes agravos.

Em virtude do exposto, foram analisadas 12 amostras de exames parasitológicos de fezes e tabulados oito questionários, obtendo dados que podem não refletir significância estatística em seus achados, mas que evidenciam questões de problemas sanitários que acometem o grupo participante.

Dos doze moradores, três apresentaram amostras positivas para *Entamoeba coli*, *Endolimax nana* e *Enterobius vermiculares*, caracterizando 25% de positividade nas amostras analisadas (Figura 1). As espécies listadas são tipicamente relacionadas com questões de falta ou falha da higiene alimentar e/ou pessoal.

Os protozoários intestinais *Endolimax nana* e *Entamoeba coli* não são parasitos patogênicos, mas são indicadores de contaminação fecal oral, significando que o alimento e/o a água ingeridos estão contaminados com fezes (OLIVEIRA & AMOR, 2012; DIAS *et al*., 2013). Já o *Enterobius vermiculares*, é um helminto que pode provocar prurido anal intenso associado com quadros de irritabilidade, principalmente em crianças, presença de gordura nas fezes e inflamação na região perianal (BRASIL, 2010).

Figura 1. Percentual de parasitos – Comunidade Ourives, Jaguaripe/Bahia, 2019



Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

As enfermidades parasitárias são tidas como indicadores de desenvolvimento socioeconômico de um país e constituem um frequente problema de saúde pública que afeta, principalmente, indivíduos jovens, desencadeando, além de problemas gastrintestinais, baixo rendimento corporal e atraso no desenvolvimento escolar. Para que o problema das parasitoses intestinais seja solucionado nas localidades, são necessárias ações de orientação sobre prevenção e tratamento, com a finalidade de educar o público em questão, evitando-se, assim, danos à saúde decorrentes da falta de conhecimento sobre essas enfermidades por parte da família (MONTEIRO *et al*., 2009; DIAS *et al*., 2013).

Quanto aos outros aspectos analisados, maiores frequências foram obtidas para moradores do sexo feminino, maiores de 18 anos, com escolaridade entre ensino fundamental incompleto a ensino médio completo, eutróficos ou com magreza; residindo em casas, em sua maioria com água tratada, mas sem rede de esgoto, sem calçamento nas ruas, coabitando com animais no domicílio, com presença frequente de roedores e mosquitos no peridomicílio; e, em sua maioria, não relatando sinais e sintomas no período da pesquisa (Figuras 2 e 3).

Figura 2. Distribuição da população de estudo de acordo com algumas variáveis

Variáveis	Total	
	n	%
Sexo		
Masculino	1	12,50%
Feminino	7	87,50%
Faixa etária		
Menor de 18 anos	2	25,00%
Maior de 18 anos	6	75,00%
Escolaridade		
Nenhuma	1	12,50%
Fundamental incompleto	2	25,00%
Fundamental completo	1	12,50%
Médio incompleto	1	12,50%
Médio completo	3	37,50%
Superior completo	0	0,00%
Não informou	0	0,00%
Estado nutricional / IMC		
Magreza acentuada	0	0,00%
Magreza	3	37,50%
Eutrofia	3	37,50%
Risco de sobrepeso	0	0,00%
Sobrepeso	0	0,00%
Obesidade e obesidade grave	0	0,00%
Não foi possível calcular	2	25,00%
Sintomatologia		
Sim	4	50,00%
Não	4	50,00%

Fonte: Dados autorais.

A vulnerabilidade sanitária da população favorece o aparecimento de doenças infecciosas e parasitárias, além de corroborar com os achados de parasitos que são veiculados por água e alimentos. Logo, as comunidades marcadas por negligência social, como quilombos e outras comunidades tradicionais, ficam mais expostas a estes tipos de doenças. Deste modo, as políticas públicas devem ter uma atenção diferenciada para a promoção da escolaridade, renda e acesso aos serviços de saúde destes indivíduos (TEIXEIRA *et al.*, 2020).

Figura 3. Variáveis socioeconômicas e sanitárias dos participantes da pesquisa

Variáveis	Total	
	n	%
Água tratada		
Sim	8	100%
Não	0	0,00%
Rede de esgoto		
Sim	1	12,50%
Não	7	87,50%
Calçamento das ruas		
Sim	0	0,00%
Não	8	100%
Animais no domicílio		
Sim	8	100%
Não	0	0,00%
Presença de roedores		
Sim	4	50,00%
Não	3	37,50%
Não foi informado	1	12,50%
Presença de mosquitos		
Só no período da manhã	0	0,00%
Só no período da tarde	1	12,50%
Só no período da noite	4	50,00%
Durante todo o dia	3	37,50%

Fonte: Dados autorais.

A maior prevalência de parasitos no sexo feminino, assim como em Santos & Merline (2010), pode ser justificado pelo fato de ter sido realizado maior número de exames nesse gênero. Quanto ao nível educacional, enquanto característica geral da população, é um fator importante para a compreensão das doenças, das formas de transmissão e de prevenção (VISSER *et al*., 2011).

Sobre os diversos fatores que influenciam na disseminação, reinfecção e manutenção de parasitos intestinais na população, destacam-se a ausência ou deficiência de saneamento básico, práticas de higiene inadequadas e condições precárias de moradia (VIEIRA & BENETTON, 2013), onde tais condições foram evidenciadas no presente estudo.

Vários são os fatores que fazem parte da causalidade das doenças, ditos fatores predisponentes, como idade e sexo, que criam um estado de susceptibilidade no indivíduo

ao agente da doença. Os fatores facilitadores favorecem o desenvolvimento de doenças, como desnutrição, moradia inadequada, falta de saneamento, carência de atenção médica e ausência de atenção dos familiares. Fatores precipitantes são os agentes específicos associados ao início de doenças, devendo sempre estar presentes os agentes biológicos, como os parasitos. Os fatores agravantes são os fatores que, quando a exposição é repetida, podem agravar e estabelecer o estado de doença (NEVES, 2016).

As análises das 14 amostras de solos dos terrenos pesquisados, evidenciaram a presença de protozoários ciliados, larvas de ancilostomídeos e helmintos adultos de vida livre. Em virtude da ausência de uma chave de classificação para identificação específica dos parasitos encontrados no solo, não foi possível determinar as espécies dos protozoários ciliados e dos helmintos de vida livre. A ocorrência de geohelmintos nos locais estudados representa uma importante questão epidemiológica e de saúde pública, visto que o solo constitui via de transmissão para zoonoses parasitárias, como a *Larva Migrans* cutânea, causada por ancilostomídeos (SANTARÉM *et al*., 1998). E com relação aos helmintos parasitas, o solo se comporta como um hospedeiro intermediário, o qual recebe fezes ou água contaminada por parasitos em estádios não infectantes, oferecendo-lhes condições para o desenvolvimento, e protege os parasitos em estádios infectantes durante certo tempo para, posteriormente, transmiti-lo ao homem (SILVA *et al*., 1991).

No Brasil, fatores sociais, tais como a falta de saneamento básico adequado, fornecimento de água tratada, dificuldade de acesso ao diagnóstico médico e ao tratamento eficiente, propiciam a manutenção de altas prevalências, principalmente em regiões menos assistidas por políticas públicas, por exemplo, assentamentos, aldeias indígenas, comunidades ribeirinhas, zonas rurais e quilombolas (SILVA *et al*., 2012; SOUZA *et al*., 2016). Nos locais que faltam políticas públicas, a sensibilização através do conhecimento é uma das melhores maneiras para o cidadão conhecer, identificar, educar e se prevenir das doenças que causam danos ao homem.

Com a pandemia pelo SARS-CoV-2, espera-se que os cuidados redobrados com a higiene poderão ajudar a reduzir os índices de contaminação de outros micro-organismos, como as parasitoses intestinais. Assim, o conhecimento garante a sensibilização para a educação social (SANTOS, 2003; SANTOS JUNIOR *et al.*, 2018). Salienta-se que projetos relacionados à prevenção das doenças transmissíveis, quer sejam

parasitoses intestinais, doenças infecciosas e/ou arboviroses transmitidas por mosquitos, buscam incentivar a população a adquirir hábitos saudáveis de higiene pessoal, alimentar, hídricos e/ou ambientais.

4. CONCLUSÃO

O estudo identificou enteroparasitos na população e listou algumas variáveis socioeconômicas e sanitárias como caracterização do perfil de alguns moradores da comunidade Ourives, no município de Jaguaripe (Bahia-Brasil). O encontro de parasitos e de outras questões sanitárias (presença de roedores e mosquitos) servem de alerta para a necessidade de ampliação no número de participantes, objetivando um melhor diagnóstico quanto aos parâmetros analisados.

Em se tratando de uma região em que se encontra precariedade de políticas públicas e de medidas público sanitárias, como é o caso da comunidade apresentada, medidas sanitário-educativas e ambientais devem ser priorizadas, com o intuito de melhorar as condições de saúde da população. Paralelo a isso, o estudo mostra como o processo educacional se faz de grande relevância, para a população, pois mesmo esta tendo acesso à água tratada, os parasitos encontrados podem refletir a falta de conhecimento da adequada higienização dos alimentos e/ou pessoal.

Cabe ressaltar que mesmo este território apresentando ausência de escolas e unidade de saúde, as comumente protagonizadoras de ações de educação em saúde, a comunidade não pode ficar desassistida dessas estratégias.

A partir dos achados, medidas de controle e combate aos parasitos, roedores e mosquitos, associadas a atividades de educação em saúde deverão ser realizadas e, que possibilitem, em conjunto com a comunidade, colaborar com medidas de prevenção, evitam o encontro do parasito com o hospedeiro no ambiente, colaborando na quebra da tríade epidemiológica da infecção local.

5. REFERÊNCIAS

ANDRADE, R.S. *et al* Presence of enteroparasites in the environment and the resident population in a rural community in Santo Antonio de Jesus in the Reconcavo da Bahia, Brazil. Journal of Tropical Pathology, v.47, p. 31, 2018.

BAHIA. SECRETARIA DA EDUCAÇÃO DO ESTADO DA BAHIA. Sistemas Institucional. Consulta Escolas. Disponível em: http://www.sec.ba.gov.br/aplicativos/pesquisaEscola/PesquisaEscola.asp. Acesso em: 19 jul. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Atenção à Saúde - CNES Consulta Estabelecimento. Disponível em http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp. Acesso em: 19 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Guia Prático para o Controle das Geo-helmintíases [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Acesso em: 19 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias. Guia de Bolso – 8ª edição revista, Brasília / DF – 2010. Acesso em: 19 jul. 2020.

CABRAL, M.G. *et a*l. Enteroparasito e condições socioeconômicas e sanitárias em uma comunidade quilombola do semiárido baiano. Revista de Patologia Tropical, v. 39, p. 48, 2010.

CARVALHO, F.L. *et al*, Enteroparasitos, indicadores socioculturais e de saúde em uma população de 0 a 12 anos do município de Santo Antônio de Jesus (Bahia) – período de 2010 a 2011. Journal of Health & Biological Sciences v.4, p. 8, 2016.

CIDADE BRASIL. Estado de Bahia / Município de Jaguaripe. Cidade Brasil, em 28 de maio 2020. Disponível em: https://www.cidade-brasil.com.br/municipio-jaguaripe.html. Acesso em: 22 jun. 2020.

DIAS, D.S. *et al.* Fatores de riscos que contribuem para as parasitoses intestinais em crianças de 0 a 5 anos em Macapá – Amapá, Brasil. Ciência Equatorial, v. 3, p. 17, 2013.

IBGE – Jaguaripe / Bahia. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2019. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ba/jaguaripe.html. Acesso em: 22 jun. 2020.

MASCARINI, L.M. & DONALÍSIO, M.R. Aspectos epidemiológicos das enteroparasitoses em creches na cidade de Botucatu, Estado de São Paulo, Brasil. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 9, p. 297, 2006.

MONTEIRO, A.M.C. *et al*. Parasitoses Intestinais em crianças de Creches Públicas localizadas nos Bairros Periféricos do município de Coari, Amazonas, Brasil. Revista de Patologia Tropical, v. 38, p. 284, 2009.

NEVES, D.P. Parasitologia humana. 13. ed. São Paulo: Atheneu, 2016.

OLIVEIRA, V.F. & AMOR, A.L.M. Associação entre a ocorrência de parasitos intestinais e diferentes variáveis clínicas e epidemiológicas em moradores da comunidade Ribeira I, Araci, Bahia, Brasil. Revista Brasileira de Análises Clínicas, v. 44, p. 15, 2012.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Plano de ação para a eliminação de doenças infecciosas negligenciadas e pós eliminação 2016-2022. 2016. 68ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, Washington, D.C., EUA, 26 a 30 de setembro de 2016.

SANTARÉM, V. A. *et al*. Contaminação por ovos de *Toxocara* spp. de parques e praças públicas de Botucatu, São Paulo, Brasil. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, v. 31, p. 529, 1998.

SANTOS JUNIOR, E.R. *et al*. Relato de una estrategia lúdica educativa que promueve el control de insectos de importancia médica e interés en Salud Pública. Journal of Health & Biological Sciences, v. 6, p. 242, 2018.

SANTOS, A.M. Controle de Infecção: necessidade de novos conceitos. Revista Prática Hospitalar, v. 28, p. 1, 2003.

SANTOS, S.A. & MERLINE, L.S. Prevalência de enteroparasitoses na população do município de Maria Helena, Paraná. Ciência & saúde coletiva, v. 15, p. 899, 2010

SILVA, E.F. *et al*. Parasitoses intestinais em crianças residentes na comunidade ribeirinha São Francisco do Laranjal, município de Coari, Estado do Amazonas, Brasil. Revista de Patologia Tropical, v. 41, p. 97, 2012.

SILVA, J.P. *et al.* Avaliação da contaminação experimental de areias de praias por enteroparasitas. Pesquisa de ovos de Helmintos. Cad. Saúde Pública**,** v. 7, p. 90, 1991.

SOUZA, A.C. *et al*. Perfil epidemiológico das parasitoses intestinais e avaliação dos fatores de risco em indivíduos residentes em um assentamento rural do nordeste brasileiro. Revista Conexão UEPG. v. 12, p. 26, 2016.

TEIXEIRA, P.A. *et al.* Parasitoses intestinais e saneamento básico no Brasil: estudo de revisão integrativa. Brazilian Journal of Development, v. 6, p. 22867, 2020.

VIEIRA, D.E.A & BENETTON, M.L.F.N. Fatores ambientais e socioeconômicos associados à ocorrência de enteroparasitoses em usuários atendidos na rede pública de saúde em Manaus, AM, Brasil. Bioscience Journal, Uberlândia, v. 29, p. 487, 2013.

VISSER, S. *et al*. Estudo da associação entre fatores socioambientais e prevalência de parasitose intestinal em área periférica da cidade de Manaus (AM, Brasil). Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, p. 3481, 2011.

CAPÍTULO 8

SÍFILIS CONGÊNITA E PERFIL DA ASSISTÊNCIA MATERNA EM UM MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DO CARIRI, CEARÁ

Ana M N Cardoso[1], Carla A S Souza[2], Lara P L Alencar[2], Maria L Sousa[2], Lívia M Santos[2], Edilmara T Gondim[2], Gledson M S Leite[2], Tacyla G F M Januário[2], Ana R A Tranquilino[2] , Jessyca M Maciel[3], Sabrina A A Alves[4], Maria L D Pereira[5], Maria S V Lopes[4], Edilma G R Cavalcante[4]

[1] Discente de Ciências Biológicas, Universidade Regional do Cariri, Ceará, Brasil.
[2] Discente de Enfermagem, Universidade Regional do Cariri, Ceará, Brasil.
[3] Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Regional do Cariri, Ceará, Brasil.
[4] Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Regional do Cariri, Ceará, Brasil.
[5] Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Fortaleza, Ceará, Brasil.

Palavras-chave: *Sífilis Congênita; Cuidado Pré-Natal; Transmissão vertical de doença infecciosa.*

1. INTRODUÇÃO

A sífilis congênita é uma doença infecciosa, de notificação compulsória, provocada pela bactéria espiroqueta *Treponema pallidum* e configura-se como uma das infecções perinatais de maior prevalência no Brasil. Por apresentar considerável possibilidade de transmissão vertical, o tratamento precoce durante a gestação é a melhor forma de prevenção de mortes fetais em neonatais (FEITOSA *et al.*, 2016)

A estimativa mundial é que ocorram cerca de 11 milhões de novos casos de sífilis por ano. Essas altas taxas estão concentradas, sobretudo, na África, América Latina e Ásia (OPAS, 2015). No Brasil, as taxas de sífilis congênita vêm apresentando um considerável crescimento. O último boletim epidemiológico apontou que entre os anos 2010 e 2018 a incidência de sífilis congênita cresceu 3,8 vezes, indo de 2,4 para 9,0 casos por mil nascidos vivos. A região Nordeste encontra-se em segundo lugar em relação às maiores

taxas da doença (9,6 casos/1.000 nascidos vivos), estando, portanto, acima até da taxa nacional (BRASIL, 2019).

Apesar de ser uma morbidade de fácil diagnóstico e tratamento, a sífilis congênita ainda é considerada um grande problema de saúde pública, podendo estar associada, principalmente, a falhas no diagnóstico precoce da doença, considerando que a realização do diagnóstico e tratamento oportuno pode reduzir a transmissão vertical em até 95%. (DOMINGUES & LEAL, 2016).

Mesmo com a introdução de testes de rápido diagnóstico nas unidades de atenção primária às gestantes e seus parceiros, estudos apontam que a identificação da doença tem ocorrido principalmente no momento do parto, sendo que essa condição repercute na taxa de incidência de sífilis congênita acima do desejado (MASCHIO, 2019; GUIMARÃES *et al.*, 2018).

Apesar de todas as ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, como a ampliação da quantidade de testes de rápido diagnóstico para sífilis nas unidades de atenção primária, e implantação do Programa Rede Cegonha que visa à implementação de medidas que assegurem às mulheres o acesso e acompanhamento contínuo a um pré-natal de qualidade, as taxas de sífilis congênita não têm declinado da maneira esperada (NUNES *et al*., 2018).

Há, nessa perspectiva, grande importância da notificação desse agravo a fim de auxiliar o planejamento das intervenções de controle necessárias. É preciso organizar os serviços de saúde, sensibilizar os profissionais, fazer monitoramento constante dos casos de sífilis em gestantes e de sífilis congênita, para que o Brasil se encaminhe para o cumprimento dos objetivos de eliminação da sífilis congênita (SARACENI *et al.*, 2017).

Diante desse contexto, este estudo objetivou descrever os casos de sífilis congênita e o perfil das mães positivas em um município da região metropolitana do Cariri cearense, no período de 2010 a 2019.

2. MÉTODO

Trata-se de um estudo documental, descritivo e retrospectivo, com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada durante o mês de julho e agosto de 2020.

Utilizaram-se dados secundários obtidos a partir de relatórios gerados pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), derivados das notificações compulsórias dos casos de sífilis congênita realizadas em um município da região metropolitana no Cariri, localizado no sul do estado do Ceará.

Analisaram-se todos os casos notificados no período compreendido entre 2010 e 2019. A tabulação e o tratamento dos dados ocorreram mediante utilização do *software Microsoft Excel* 2010, como instrumento de apoio, o qual possibilitou a extração do número e taxas de detecção, identificação dos casos de sífilis congênitas nesse período e, especialmente, do perfil sociodemográfico das mães de neonatos infectados por sífilis congênita.

Para melhor compreensão da situação epidemiológica de sífilis congênita, os dados foram analisados segundo as variáveis: faixa etária, raça/cor da pele, escolaridade, realização de pré-natal (sim, não, ignorado), período do diagnóstico para sífilis (durante o pré-natal, no momento do parto, após o parto, não realizado, ignorado) e realização do tratamento (adequado, inadequado, não realizado, ignorado) das mães de neonatos positivos para sífilis.

Para análise dos dados, utilizou-se de estatística descritiva e os dados foram apresentados em tabelas e gráficos com números absolutos e percentuais.

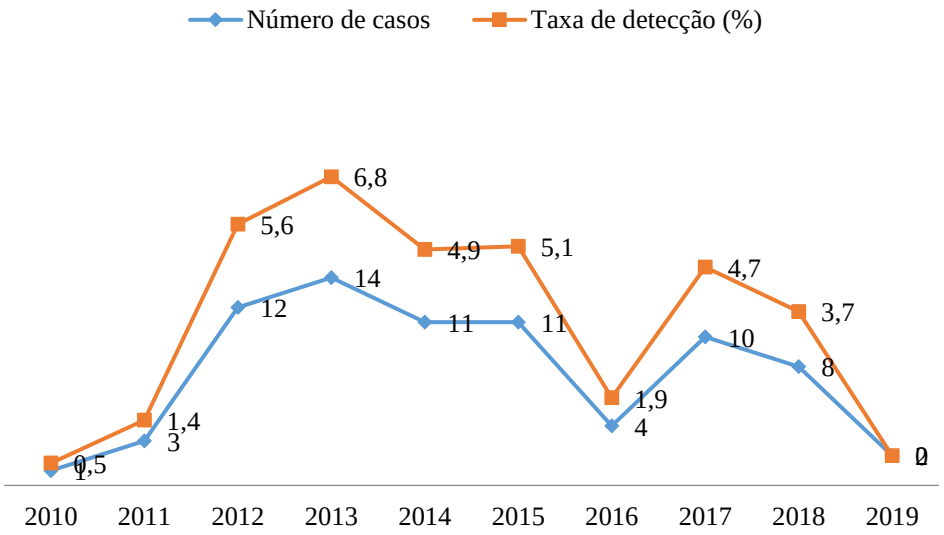
No que se refere aos aspectos éticos, este trabalho não exigiu aprovação do Comitê de Ética porque os dados são de domínio público e foram obtidos por meio da internet. No entanto, os autores cumpriram a Resolução nº 466/2012 sobre ética em pesquisa.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Observou-se que no intervalo de 2010 a 2019 foram notificados 76 casos de sífilis congênita em menores de um ano. A maior taxa de detecção foi identificada no ano de 2013, com 6,8 casos/mil nascidos vivos (n=14), seguido de 2012 com 5,6 casos/mil nascidos vivos (n=12), 2015 com 5,1 casos/mil nascidos vivos (n=11) e 2014 com 4,9 casos/mil nascidos vivos (n=11). A menor taxa de detecção ocorreu no ano de 2010 com 0,5 caso/mil nascidos vivos (n=1).

Tem-se a seguir a apresentação dos números de casos de sífilis congênita e a taxa de detecção (Gráfico1):

Gráfico 1. Casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade e taxa de incidência (por 1.000 nascidos vivos) por ano de diagnóstico em um município da região do Cariri Ceará, Brasil, 2010 a 2019



Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

No período estudado, o município não apresentou aumento linear na taxa de detecção dos casos de sífilis congênita. Percebe-se que houve uma queda considerável da taxa de detecção no ano de 2016, aumentando nos anos subsequentes, até que voltou a cair em 2019 (Gráfico 1). Em contraponto, uma pesquisa realizada com os dados da 15ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, no período de 2011 a 2015, constatou um aumento linear e constante nas taxas de detecção dos casos de sífilis congênita (PADOVANI *et al.*, 2018).

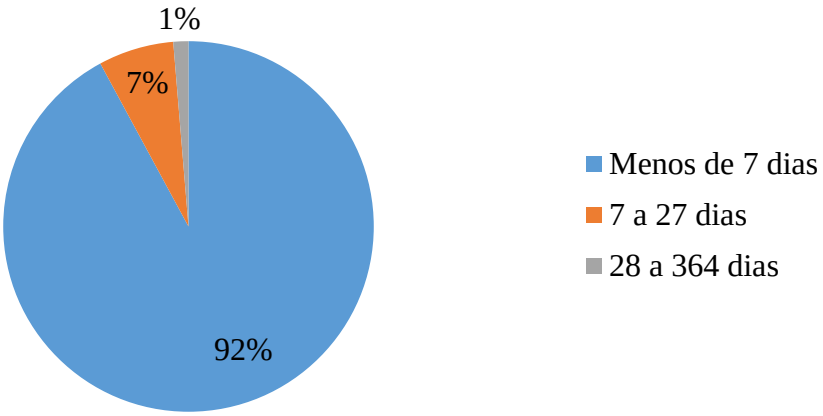
De acordo com Boletim Epidemiológico de Sífilis 2019, o Brasil apresentou em 2018 uma taxa de incidência de 9,0 casos/mil nascidos vivos, demonstrando também uma tendência nacional para o aumento significativo e constante nas taxas de sífilis congênita, o que evidencia a dificuldade de atingir as metas de controle da doença (BRASIL, 2019).

Com relação ao perfil dos casos notificados, identificou-se que todos foram classificados como sífilis congênita recente, ou seja, os sinais e sintomas já surgiram nos primeiros dois anos de vida da criança. Esse dado corrobora com os resultados de um

estudo realizado no estado de Goiás/MT, em que a maioria dos casos (89,0%) também teve a sua classificação final como sífilis congênita recente (AMÂNCIO *et al.*, 2016). Ressalta-se que não foram identificados abortos ou óbitos por sífilis no período estudado.

A maioria dos casos foi diagnosticada em crianças com menos de sete dias de vida, com um percentual de 92,0% (Gráfico 2). Esse dado é equivalente ao encontrado no estado do Maranhão, no período de 2009 a 2013 (GUIMARÃES *et al.*, 2018). Diante da incidência dos casos de sífilis congênita, cabe aos serviços de saúde assegurar assistência prestada às mulheres desde o período gravídico, assim como do seu parceiro, além de incorporar estratégias que previnam a ocorrência desse dano na vida do recém-nascido.

Gráfico 2. Percentual dos casos de sífilis congênita segundo idade da criança por ano de diagnóstico em um município da região do Cariri Ceará, Brasil, 2010 a 2019



Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

Nesta pesquisa, também foram avaliadas algumas características sociodemográficas relacionadas às mães de neonatos positivos para sífilis, que são demonstradas na Tabela 1:

Tabela 1. Distribuição das características sociodemográficas maternas dos casos de sífilis congênita em um município da região do Cariri Ceará, Brasil, 2010-2019

Variáveis		
Faixa etária (em anos)	**N=76**	%
10 a 14 anos	1	1,3
15 a 19 anos	13	17,1
20 a 29 anos	41	54,0
30 a 39 anos	18	23,7
40 anos ou mais	2	2,6
Ignorado	1	1,3
Raça/Cor da pele		
Branca	8	10,6
Preta	-	-
Amarela	-	-
Parda	66	86,8
Indígena	-	-
Ignorada/em branco	2	2,6
Escolaridade		
Analfabeto	1	1,3
1ª a 4ª série incompleta	2	2,6
4ª série completa	2	2,6
5ª a 8ª série incompleta	7	9,2
Fundamental Completo	-	-
Médio Incompleto	6	7,9
Médio Completo	3	4,0
Superior Incompleto	1	1,3
Superior Completo	-	-
Não se aplica	-	-
Ignorado	54	71,1

Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

O perfil materno encontrado demonstrou maior prevalência de casos em neonatos de mulheres com faixa etária entre 20 e 29 anos (54,0%), de cor parda (86,8%) e com escolaridade ignorada (71,1%). Em comparação, um estudo realizado em uma microrregião no interior do estado da Bahia (2007-2017) apresentou uma maior frequência para os casos de gestantes entre 20 e 24 anos de idade (30,77%), entre mulheres pardas (58,97%) e a escolaridade das mães também foi expressamente ignorada (25,64%) (ALMEIDA *et al.*, 2019).

Considerando esses dados, fazem-se necessárias ações de educação em saúde para todas as mulheres grávidas, com enfoque para as mais jovens que se encontram na faixa etária de maior prevalência da doença (20 a 29 anos) a serem rastreadas ainda na Atenção

Primária à Saúde (APS), assegurando uma assistência pré-natal eficaz que ofereça informação, diagnóstico precoce e tratamento oportuno para controle da infecção.

Os dados deste estudo demonstram que muitas informações foram ignoradas. Ressalta-se que o preenchimento completo das fichas de notificação é indispensável para o acompanhamento e investigação dos agravos pela vigilância epidemiológica. É preciso sensibilizar os profissionais quanto à importância de manter os sistemas de informação atualizados e qualificá-los para o preenchimento adequado das informações solicitadas nas fichas.

Quanto à assistência pré-natal, observou-se que 81,5% das mães foram acompanhadas. Contudo, apenas 44,7% foram diagnosticadas com sífilis durante o pré-natal, 25,0% no momento do parto, 9,2% após o parto e em 21,1% dos casos essa informação encontrava-se em branco (Tabela 2).

Tabela 2. Características relacionadas à realização do pré-natal, diagnóstico e tratamento da mãe de neonatos positivos para sífilis em um município da região do Cariri Ceará, Brasil, 2010-2019

Variáveis		
Realização do pré-natal	**N = 76**	**%**
Sim	62	81,5
Não	8	10,5
Ignorado	6	8,0
Momento do diagnóstico da sífilis materna		
Durante o pré-natal	34	44,7
No momento do parto/curetagem	19	25,0
Após o parto	7	9,2
Não realizado	0	0,0
Ignorado	16	21,1
Esquema de tratamento da mãe		
Adequado	28	36,8
Inadequado	10	13,2
Não realizado	14	18,4
Ignorado	24	31,6

Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

O estudo mostrou que a maioria das mulheres (81,5%) realizou o pré-natal, o que corrobora com os achados de um estudo realizado no Maranhão, onde 84,1% das mães com neonatos positivos fizeram o pré-natal (LEAL *et al.*, 2020).

Entretanto, a elevada cobertura de pré-natal não indica que essa assistência foi prestada com qualidade. Alguns fatores são necessários para que o acompanhamento pré-natal possibilite a prevenção da sífilis congênita, como a realização dos testes diagnósticos durante a gestação, tratamento preciso e oportuno da infecção nas gestantes, diagnóstico e tratamento para o parceiro (MARASCHIN, *et al.*, 2019).

Observou-se que menos de 50,0% dos casos de sífilis materna foram diagnosticados durante o pré-natal, não havendo, assim, o diagnóstico em tempo oportuno. Um estudo realizado em Niterói (RJ) aponta que 57,6% das mães foram diagnosticadas durante o pré-natal, porém uma parcela significativa das mães obteve o diagnóstico no momento do parto, após o parto ou ignorado. Esses resultados apontam para falhas nas ações de prevenção da transmissão vertical, uma vez que o diagnóstico precoce nas gestantes ainda é a melhor forma de evitar a sífilis congênita (HERINGER *et al.*, 2020).

No que se refere ao esquema de tratamento, verificou-se alto percentual de informações ignoradas (31,6%). Para os demais dados registrados, apenas 36,8% das mães realizaram tratamento de forma adequada, 13,2% de modo inadequado e 18,4% não fizeram o tratamento (Tabela 2).

Diante do exposto, comprova-se que o tratamento não está ocorrendo de forma adequada em uma porcentagem significativa das gestantes notificadas com sífilis. Esses dados corroboram com outros estudos realizados no Brasil, os quais identificaram alto percentual de mulheres que não realizaram o tratamento para a doença ou fizeram de forma inadequada (VESCOVI & SCHUELTER-TREVISOL, 2020; ALMEIDA *et al.*, 2019).

Coloca-se em discussão a importância de qualificar a assistência em saúde oferecida às mulheres antes e durante o período de gestação. É preciso capacitar os profissionais da Atenção Primária à Saúde para o controle da sífilis congênita, fornecer informações à população sobre infecções sexualmente transmissíveis, ampliar os testes diagnósticos, esclarecer quanto à importância de realizar todas as consultas de pré-natal

preconizadas pelo Ministério da Saúde e oferecer tratamento eficaz em tempo oportuno às gestantes e seus parceiros.

4. CONCLUSÃO

Observou-se uma oscilação na taxa de detecção de novos casos de sífilis congênita no município estudado, nos últimos dez anos. Todos os casos notificados foram classificados como sífilis congênita recente, sendo a maioria diagnosticada em crianças com menos de sete dias de vida.

O perfil identificado das mães com neonatos positivos para sífilis encontrava-se na faixa etária entre 20 e 29 anos, a cor parda e escolaridade ignorada. A maioria das mães realizou o pré-natal, porém uma parcela significativa foi diagnosticada apenas durante a internação para o parto, o que pode ter sido resultado de falhas quanto à realização do tratamento em tempo oportuno. Ressalta-se que muitas informações importantes não foram preenchidas nas notificações, condição que compromete a identificação de dados importantes sobre esse agravo.

Os resultados deste estudo demonstram a necessidade de controle das taxas de infecção por sífilis congênita no município estudado. Além disso, as características analisadas apresentaram lacunas na assistência prestada às gestantes durante o pré-natal, especificamente relacionada ao diagnóstico tardio e ao tratamento inadequado para uma significativa parcela das mulheres infectadas.

A partir dessa análise, percebeu-se que é preciso realizar a captação das mulheres no início da gestação e capacitar os profissionais da saúde para a condução adequada dos casos, fornecendo uma assistência pré-natal com ênfase na qualidade. O combate à doença também precisa de ações que levem homens e mulheres até as unidades de atenção primária e campanhas de prevenção das infecções sexualmente transmissíveis fornecendo informações à população.

Destaca-se como limitação para a presente pesquisa a extensa quantidade de informações ignoradas no preenchimento das notificações compulsórias, o que evidencia a necessidade de treinamento e sensibilização dos profissionais de saúde no que se refere

ao preenchimento adequado das fichas, visto que esses dados são fundamentais para o planejamento e realização de ações de vigilância em saúde.

5. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, K.T. *et al*. Epidemiological profile of congenital syphilis in a microregion inside the state of Bahia (2007-2017). Enfermería Global, v. 18, p. 220, 2019.

AMÂNCIO, V.C. *et al.* Epidemiologia da sífilis congênita no estado de Goiás. Revista Educação em Saúde, v. 4, p. 58, 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis – DCCI. Boletim Epidemiológico de Sífilis. Brasília, DF; 2019. Disponível em: http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-sifilis-2019. Acesso em: 27 ago. 2020.

DOMINGUES, R.M.S.M. & LEAL, M.C. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. Caderno de Saúde Pública, v. 32, e00082415, 2016.

FEITOSA, J.A.S. *et al*. Artigo de revisão: sífilis congênita. Revista de Medicina e Saúde de Brasília, v. 5, p. 286, 2016.

GUIMARÃES, T.A. *et al*. Sífilis em gestantes e sífilis congênita no Maranhão. Arquivos de Ciências da Saúde, v. 25, p. 24, 2018

HERINGER, A.L.S. *et al.* Desigualdades na tendência da sífilis congênita no município de Niterói, Brasil, 2007 a 2016. Revista Panamericana de Saúde Pública, v. 44, p. 8, 2020.

LEAL, T.L.S.L. *et al.* Perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita no Maranhão. Revista Eletrônica Acervo Científico, v. 8, p. 2936, 2020.

MARASCHIN, M.S, *et al*. Sífilis materna e sífilis congênita notificados em um hospital de ensino. Revista Nursing, v. 22, p. 3209, 2019.

MASCHIO, T.L. *et al.* Perfil epidemiológico de pacientes com sífilis congênita e gestacional em um município do Estado de São Paulo, Brasil. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 19, p. 865, 2019.

NUNES, P.S. *et al*. Sífilis gestacional e congênita e sua relação com a cobertura da Estratégia Saúde da Família, Goiás, 2007-2014: um estudo ecológico. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 27, e2018127, 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV and Syphilis in the Americas. Washington, DC; 2015. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34072/9789275119556-eng.pdf. Acesso em: 27 ago. 2020.

PADOVANI, C. *et al*. Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 26, p. 1, 2018.

SARACENI, V. *et al*. Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. Revista Panamericana de Salud Pública, v. 41, p. 44, 2017.

VESCOVI, J.S. & SCHUELTER-TREVISOL, F. Aumento da incidência de sífilis congênita no estado de Santa Catarina no período de 2007 a 2017: análise da tendência temporal. Revista Paulista de Pediatria, v. 38, 2020.

CAPÍTULO 9

A PRÁTICA PROFISSIONAL DO PSICÓLOGO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA INTEGRATIVA

André S Rocha[1], Jocélia M Ximenes[2] Mirlly de S Ferreira[3], Antônio R Santana[4] Francisca G M Campos[5] Luiz W F Moura[6], Ghyslândia N Oliveira[7]

[1] Mestrando em Psicologia, Universidade São Francisco, Campinas/SP.
[2] Mestranda em Psicologia e Políticas Públicas, Universidade Federal do Ceará, Sobral/CE.
[3,4,5] Discentes em Psicologia, Universidade Federal do Ceará, Sobral/CE.
[6] Discente em Psicologia, Faculdade Fied/Ieducare, Tianguá/CE.
[7] Discente em Psicologia, Faculdade Luciano Feijão, Sobral/CE.

Palavras-chave: *Intersetorialidade; Psicologia; Políticas Públicas.*

1. INTRODUÇÃO

A prática profissional do psicólogo nas políticas públicas é temática relevante e vem ganhando destaque nas últimas décadas. Esse fato está em constante discussão e é fruto, principalmente, do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, iniciado na década de 1970. Tal movimento, reuniu profissionais, estudantes e a sociedade em geral que se interessavam em lutar e reivindicar por uma restauração no modelo assistencial vigente na época. Mais tarde, em decorrência dessa luta, ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que contou pela primeira vez com a participação da sociedade civil e concedeu as bases para a instituição do que se conhece hoje por Sistema Único de Saúde. O SUS, nasce com a Constituição Federal de 1988 e é editado e regulamentado em 1990, pelas Leis Orgânicas da Saúde 8.080 e 8.142 (FERREIRA *et al.*, 2010)

Sendo assim, esses marcos legais foram de extrema importância pois refletem a inserção de profissionais de psicologia no campo das políticas públicas. Estes, por sua

vez, precisam se enveredar pelos princípios e diretrizes que regem o SUS, além das demais políticas que buscam transversalizar, e orientar as práticas profissionais, especificamente, nesse campo de atuação (FERRAZZA, 2016; RIBEIRO *et al*., 2010).

Durante muito tempo, a Psicologia teve um papel de maior comprometimento com o não coletivo. Isso implica corroborar que a atuação profissional era individual e privatista, de modo a privilegiar determinados grupos socais em detrimentos de outros. Assim, particularmente, desde os anos de 1990, os psicólogos foram se inserindo no contexto das políticas públicas de saúde. Inicialmente, essa prática era moldada e replicada no viés do modelo da clínica tradicional, indo em contramão as propostas implementadas pelo SUS, que instituiu um modelo pautado na coletividade (MELLO & TEO, 2019). Entretanto, no cenário atual, percebe-se um avanço no conjunto atividades realizadas. De fato, a psicologia tem apresentado ampliações em suas intervenções de maneira a estar mais presente nos territórios (CARVALHO, 2013; CINTRA & BERNARDO, 2017).

Desse modo, é fundamentalmente pertinente alinhar o serviço prestado às demandas sociais com foco a empreender esforços para promover a autonomia pessoal tanto na individualidade quanto no coletivismo (CINTRA & BERNARDO, 2017). Adicionalmente, é preciso orientar o trabalho sob a perspectiva de três conceitos, que formam uma pirâmide fundamental dentro da prática profissional no campo da saúde pública como um todo: intersetorialidade, integralidade da assistência e interdisciplinaridade.

Assim, a intersetorialidade visa a integração das políticas, de maneira que às ações sejam pensadas e elaboradas conjuntamente com o setor responsável pela ação (e.g. saúde) e àqueles que podem estar às margens, contribuindo para efetivar rápida e eficazmente o processo que se almeja realizar (e.g. educação, transporte, segurança). A integralidade da assistência visa o cuidado de maneira integrada e contínua, através de ações e serviços de cura e prevenção, individuais e coletivos, considerando a particularidade da demanda, independentemente do nível de complexidade que o aborde (primário, secundário e/ ou terciário). Finalmente, a interdisciplinaridade atenta-se para a necessidade de um trabalho colaborativo com profissionais de diversas área da saúde e outros setores que extrapolem esse setor, visto que a saúde não é mera ausência de

doenças e, portanto, engloba um conjunto de fatores condicionantes e determinantes (e.g. transporte, alimentação, renda, lazer) (CINTRA & BERNARDO, 2017)

Alguns pesquisadores têm se interessado em estudar a atuação profissional no campo das políticas públicas. Uma investigação sugeriu que a prioridade de pesquisa está focada na formação e atuação profissional, pois têm sido vistas falhas éticas, técnicas e metodológicas (MELLO & THEO, 2019). Na mesma direção, Pires e Braga (2009) constataram falhas na prática profissional do psicólogo, sobretudo, àquelas ligadas a formação e atuação profissional. As autoras pontuaram que a maior preocupação dos profissionais se relaciona à saúde mental, cujo foco seria oferecer melhor qualidade de vida. Todavia, o contexto da coletividade no âmbito da saúde pública precisa ser ponderado. Portanto, é necessário promover atividades que atendam às reais necessidades da população.

Experiências profissionais ou estudantis nos dispositivos públicos também são fortemente discutidas e relatam a riqueza de impressões vivenciadas nesses espaços. Notadamente, encontraram-se dois estudos que caracterizam experiências vivenciadas nos Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas CAPS–AD I e III. Araújo e Soares (2018), descrevem às atividades desenvolvidas no grupo educativo Reabilitação Psicossocial durante o exercício do estágio. Para tanto, foram realizados quatro encontros e cada um deles eram debatidos temas amplos com possibilidade de abrir o diálogo entre os participantes. Os temas estavam inseridos em economia, trabalho e saúde. Por fim, as autoras acreditam que esses momentos foram oportunos para o desenvolvimento de autoconhecimento, autoestima e o trabalho como um lugar de manter e produzir novos vínculos sociais.

Adicionalmente, vivências institucionais ocorridas no CAPS–AD foram levantadas. Rocha *et al.* (2020) observaram na experiência do estágio que, em meio a desafios, o trabalho *in locus* do psicólogo foi efetivo, uma vez que eram promovidas algumas atividades em grupos como os grupos terapêuticos e as oficinas, sendo essa última promotora de desenvolvimento da autonomia pessoal e facilitadora da reinserção na sociedade. Além disso, constantemente foi observado o emprego das diretrizes do SUS relacionadas a interprofissionalidade, integralidade da assistência ao cuidado e a interdisciplinaridade. Em conclusão, o estudo demonstra a pertinência da prática

colaborativa do psicólogo e que ainda há muitas estratégias a serem pensadas e elaboradas a fim de tornar o trabalho dinâmico com foco a atender às demandas sociais existentes.

A partir do panorama levantado, estabeleceu-se o presente objetivo, a saber, realizar uma revisão de literatura sobre a atuação profissional do psicólogo nas políticas públicas. Justifica-se essa temática, principalmente, por ser um campo relativamente novo aos profissionais de psicologia e por ser dinâmico. Entende-se que esse espaço requer a adoção constante de práticas coletivas e colaborativas de quem está na ponta operacionalizando o serviço.

2. MÉTODO

O presente estudo trata-se de uma revisão bibliográfica integrativa sobre a atuação profissional do psicólogo nas políticas públicas. Para isso, utilizaram-se as bases de dados da Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e o Portal de Periódicos Eletrônicos de Psicologia (PEPSIC). Foram selecionadas as seguintes palavras-chave e o descritor *booleano and*: Psicologia *AND* Políticas Públicas *AND* Atuação Profissional. O período de tempo compreendeu os últimos 10 anos (2010 a 2020).

Inicialmente, quando aplicados os critérios de inclusão e exclusão, dos 22 artigos recuperados, eliminaram-se cinco artigos por estarem enquadrados em outra categoria profissional que não fosse a psicologia (e.g. enfermagem). Em seguida, feita uma leitura do título, excluíram-se sete artigos. Finalmente, com uma leitura mais acurada do resumo, estabeleceram-se sete artigos para o *corpus* do trabalho.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tem-se então, sete artigos selecionados, dentro do período de 2010 a 2020, publicados em dois periódicos, a saber, Psicologia: Ciência e Profissão; e Saúde e Sociedade. Evidencia-se a produção relativamente pequena de artigos científicos na área. Dos estudos recrutados, há escrita em 2010 (um estudo), 2011 (dois estudos), 2012 (um estudo), 2013 a 2016 (nenhum estudo), 2017 (dois estudos) e, por fim, 2019 (um estudo).

No que se refere a abordagem da pesquisa, majoritariamente, os estudos apresentaram a qualitativa utilizando-se da pesquisa participante, documental além das pesquisas bibliográficas. O campo de maior estudo selecionado pelas investigações refere-se à Atenção Primária à Saúde ou Atenção Básica. A Tabela 1 detalha com maior precisão informações relativas ao título do trabalho, o período escolhido para publicação bem como os autores e o ano. Após isso, é apresentada uma breve discussão dos achados.

Tabela 1. Características dos artigos

Título	Periódico de publicação	Autores e Ano
Psicologia: entre a Atuação e a Formação para o Sistema Único de Saúde	Psicologia: Ciência e Profissão	Raquel Antunes de Mello e Carla Rosane Paz Arruda Theo (2019)
Atuação do Psicólogo na Atenção Básica do SUS e a Psicologia Social	Psicologia: Ciência e Profissão	Marcela Spinardi Cintra e Marcia Hespanhol Bernardo (2017)
O SUS como desafio para a formação em Psicologia	Psicologia: Ciência e Profissão	Ianni Regia Scarcelli e Virgínia Junqueira (2011)
Sobre a dor e a delícia da atuação Psicológica no SUAS	Psicologia: Ciência e Profissão	Alexandre Franca Barreto (2011)
A atuação dos psicólogos em unidades básicas de saúde na cidade de São Paulo	Saúde e Sociedade	Auryana Maria Archanjo e Lilia Blima Schraiber (2012)
Compromisso Social da Psicologia e Sistema Único de Assistência Social: Possíveis Articulações	Psicologia: Ciência e Profissão	Alessandra Xavier Miron e Neuza Maria de Fátima Guareschi (2017)
O Psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde Brasileiras	Psicologia: Ciência e Profissão	Elisangela Böing e Maria Aparecida Crepaldi (2010)

Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

No trabalho de Mello e Téo (2019), é levantado um questionamento acerca da formação e atuação do psicólogo. As autoras resgatam o histórico da psicologia no âmbito das políticas públicas e apresentam uma revisão bibliográfica da atuação pautada no campo da Atenção Básica. Ademais, são discutidos os limites e os desafios do fazer

psicológico nesse âmbito. Além disso, é apresentado as dificuldades impostas pela formação uma vez que o saber clínico parece dominar o cenário de trabalho.

De forma semelhante a pesquisa de Cintra e Bernardo (2017) segue o ritmo do estudo citado anteriormente e também traz um debate amplo sobre o contexto histórico das políticas públicas de saúde, apresentando um panorama concernentes às conquistas e lutas desse espaço. As autoras empregaram uma pesquisa qualitativa de natureza participante. Para isso, contaram com a presença de três profissionais atuantes em Unidades Básicas de Saúde (UBS) no interior paulista. Os resultados coletados indicaram que os profissionais precisam adotar um posicionamento ético-político e uma formação voltada às diretrizes e princípios dos SUS. Ademais, foi constatado que as atividades realizadas fora da UBS têm extrema relevância, sendo potencialmente importante no estabelecimento de vínculos na relação profissional-comunidade.

A aproximação e interseção da Psicologia ao campo da saúde pública e coletiva também é discutida. Scarcellie e Junqueira (2011) problematizam sobre a atuação da psicologia em um espaço marcado por diversas visões e atuações que visam fomentar e ressignificar às práticas laborais. As autoras, então, concluem com alguns questionamentos, reforçando a ideia do trabalho conjunto, lembretes sobre a atuação, sobretudo, posicionamentos ético-político e os desafios que permeiam a prática psi.

Por outro lado, Barreto (2011) expressa as reflexões sobre o trabalho do psicólogo no campo do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). A partir disso, o autor elencou a discussão de cinco bases fundamentais para um bom trabalho no SUAS a partir de sua experiência de trabalho, sendo eles: aspectos teórico-metodológico, elementos práticos e relacionais, dimensão intersubjetiva e de grupos, fatores políticos institucionais e pontes, redes e parcerias. O estudo aborda uma tentativa de encorajar outros profissionais a se implicarem no processo de trabalho e apresentarem experiências *in locus.* Por fim, esta iniciativa parte da investida de ampliar a literatura e as singularidades que podem ser experimentadas nos diferentes e diversos dispositivos, para assim compreender as possibilidades de atuação existentes, bem como as estratégias e manejos utilizados pelos profissionais.

Archanjo e Schraiber (2012) procuraram apresentar dados sobre um estudo relacionado a atuação do psicólogo na UBS. Para isso, as autoras realizaram entrevistas

semiestruturadas com profissionais atuantes nesse dispositivo. Assim, a partir dos dados coletados e analisados, é apresentada uma mudança de cenário, em que a prática clínica passa a ser uma atividade não-protagonista dentro de uma atuação que requer o emprego de práticas comunitárias. Adicionalmente, é necessário pensar e elaborar práticas para o coletivo, para que sejam capazes de concretizar atividades que vão para além dos muros das UBS.

Böing e Crepaldi (2010) realizaram um estudo semelhante ao descrito anteriormente. No entanto, as autoras utilizaram uma busca documental na legislação federal de saúde, com a intenção de apurar as formas como às políticas públicas inserem a atuação do psicólogo na UBS em território nacional. Os achados não foram nada animadores: dos 964 documentos investigados, apenas 14 apresentam algum tipo de inclusão dos psicólogos nas UBS. Complementarmente, a maior prevalência incidiu na atenção secundária e terciária à saúde. Além do mais, quando encontrados dados referentes a atenção primária, o suporte que o profissional de psicologia prestava estava apoiado no apoio matricial e às equipes de saúde da família.

O compromisso social da psicologia no âmbito das políticas públicas vem sendo estudado. Miron e Guareschi (2017) propõem que a psicologia seja orientada pelos princípios éticos, a justiça e os Direitos Humanos, sobretudo, no SUAS, campo de investigação do estudo. Além disso, é evidenciado os desafios intrínsecos relacionados a prática psi no campo de atuação nesse contexto. Por fim, as autoras propõem reflexões ligadas a ética profissional.

4. CONCLUSÃO

O principal objetivo deste estudo foi realizar uma revisão de literatura sobre a atuação profissional do psicólogo nas políticas públicas. Percebe-se, de forma ampliada, que os estudos se preocupam predominantemente com esse aspecto profissional (CINTRA & BERNARDO, 2017; MELLO & TEO, 2019). Além disso, os textos discutem os desafios, impasses e avanços do fazer psicológico nesses espaços.

Em outras palavras, os desafios refletem uma atuação calcada no modelo clínico-privatista-liberal, remetendo a ideia de psicoterapia, enquanto que os impasses se

relacionam a demanda, que é desproporcional a quantidade de psicólogos que trabalham num determinado dispositivo. Além do mais, avanços são apresentados, como a prática colaborativa de psicólogos com outros profissionais, a criatividade em elaborar tarefas de suporte social (CARVALHO, 2013; CINTRA & BERNARDO, 2017). Finalmente, a inserção da psicologia no contexto das políticas públicas de saúde, por mais recente que seja, os avanços promovidos pelos os profissionais atuantes são inegáveis.

As limitações deste estudo e sugestões para futuras pesquisas devem ser endereçadas. Primeiramente, uma limitação importante está relacionada as bases de dados consultadas. Sugere-se que futuros estudos se atenham em ampliar a possibilidade de consulta. Segundamente, o estudo não delimitou um campo especifico de atuação (e.g UBS), como foi reportado em diferentes pesquisas (ARCHANJO & SCHRAIBER, 2012; BOING & CREPALDI, 2010; CINTRA & BERNARDO, 2017; PIRES & BRAGA, 2009).

Portanto, pretensiosamente, indica-se um recorte de espaços de atuação dos psicólogos (e.g. Centro de Referência de Assistência Social – CREAS –, CAPS e Policlínicas). Seria interessante conhecer o manejo profissional em diferentes dispositivos de saúde ou assistência para ampliar olhares e conhecimentos. Por fim, acredita-se que esse estudo avança significativamente os estudos promovidos na área, por apresentar uma concepção atual da produção cientifica da psicologia nas políticas públicas de saúde.

5. REFERÊNCIAS

ARAÚJO, A.K. & SOARES, V.L. Trabalho e saúde mental: relato de experiência em um Caps AD III na cidade de João Pessoa, PB. Saúde Debate, v. 42, p. 275, 2018.

ARCHANJO, A.M & SCHRAIBER, L B. A atuação dos psicólogos em unidades básicas de saúde na cidade de São Paulo Saúde e Sociedade, v. 21, p. 351, 2012.

BARRETO, A.F. Sobre a dor e a delícia da atuação Psicológica no SUAS. Psicologia: Ciência e Profissão, v. 31, p. 406, 2011.

BOING, E & CREPALDI, M. A O psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras Psicologia: Ciência e Profissão, v. 30, p. 634, 2010.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. Estudos Avançados, v. 27, p. 7,2013.

CINTRA, M.S. & BERNARDO, M.H. Atuação do Psicólogo na Atenção Básica do SUS e a Psicologia Social. Psicologia: Ciência e Profissão, v. 37, p. 883, 2017.

FERRAZZA, D.A. Psicologia e políticas públicas: desafios para superação de práticas normativas. Revista Polis e Psique, v. 6, p. 36, 2016.

FERREIRA, R.C. *et. al.* Formação Profissional no SUS: o Papel da Atenção Básica em Saúde na Perspectiva Docente. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 34, p. 207, 2010.

MIRON, A. X & GUARESCHI, N. M. F. Compromisso Social da Psicologia e Sistema Único de Assistência Social: Possíveis Articulações. Psicologia: Ciência e Profissão, v. 37, p. 349 , 2017.

MELLO, R.A. & TEO, C.R.P.A. Psicologia: entre a Atuação e a Formação para o Sistema Único de Saúde. Psicologia: Ciência e Profissão, v. 39, p. 1, 2019.

PIRES, A.C.T. & BRAGA, T.M.S . O psicólogo na saúde pública: formação e inserção profissional. Temas em Psicologia, v. 17, p. 151, 2009.

RIBEIRO, C.T.M. *et al.* O sistema público de saúde e as ações de reabilitação no Brasil. Revista Panamericana de Salud Publica, v. 28, p. 43, 2010.

ROCHA, A. *et al.* A Atuação Profissional do Psicólogo nas Políticas Públicas: Relato de Vivências Institucionais. *In:* De Freitas, G.B.L. Bioética e Saúde Pública. Irati: Pasteur, p. 235, 2020.

SCARCELLI, I.R & JUNQUEIRA, V. O SUS como desafio para a formação em psicologia. Psicologia Ciência e Profissão, Brasília, Conselho Federal de Psicologia, v. 31, p. 340, 2011.

CAPÍTULO 10

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA DESNUTRIÇÃO INFANTIL E AS POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL

Anna C F Duarte[1], Daniele B Medeiros[1], Gabriel M C Pereira[1], Milla M F Silva[1], Nathalia S Silva[1], Nicole A V Tavares[1], Nyah R Jordão[1], Natalia R Giachetto[2], Danielle C H França[3]

[1] Discentes de Medicina, Centro Universitário Atenas, Paracatu/MG.
[2] Discente de Medicina, Universidade Brasil, Fernandópolis/SP.
[3] Discente de Medicina, Universidade do Estado do Mato Grosso, Cáceres/MT.

Palavras-chave: *Desnutrição Infantil; Epidemiologia; Políticas Públicas.*

1. INTRODUÇÃO

A desnutrição decorre do atendimento inferior às necessidades energéticas do organismo (MONDINI & MONTEIRO, 1998). Ela, por sua vez, é responsável pelo prejuízo ao crescimento e desenvolvimento adequados em crianças – uma vez que fazem parte do grupo mais vulnerável para as demais disfunções nutricionais –, sendo ainda um problema de saúde pública no Brasil, apesar dos programas sociais implementados mais vigorosamente pelo Governo Federal.

De acordo com a OMS, a deficiência nutricional tem relação direta com a proporção de crianças com baixa estatura esperada para o sexo, mortalidade, excesso de doenças infecciosas, baixo desenvolvimento psicomotor e menor aproveitamento escolar. Na região Nordeste do país, estima-se que as formas graves da desnutrição chegam a atingir 24% das crianças menores de cinco anos de idade (ALVES & FALBO, 2002).

No estado de Pernambuco, um estudo realizado no Instituto Materno Infantil (IMIP), observou que, em 1998, 15,1% das crianças gravemente desnutridas que foram hospitalizadas no IMIP, evoluíram para óbito (ALVES & FALBO, 2002). Ainda hoje, o

Brasil se depara com questões nutricionais que, ao contrário do que se costuma inferir, não estão restritas às classes sociais mais desfavorecidas (MONDINI & MONTEIRO, 1998), bem como o distúrbio alimentar oposto, a obesidade, que não estava estritamente concentrada nos estratos sociais de maior poder aquisitivo.

Associam-se às causas desnutrição não apenas a fome e a escassez de alimentos, mas, num contexto mais abrangente, o manejo inadequado nos cuidados nutricionais com a criança podem resultar em má nutrição. Desmame precoce, baixos índices de higiene na preparação dos alimentos, baixa ingestão de vitaminas e minerais e infecções recidivas (especialmente as gastrointestinais com perda de fluidos) são fatores desencadeantes de quadros de desnutrição (MONTEIRO, 2003). Desse modo, separando-se os conceitos de fome e desnutrição, tem-se, portanto, a desnutrição como uma situação clínica de grande importância para a saúde pública, causada por fatores que em sua maioria são solucionáveis.

A perspectiva de mudança, junto à alteração significativa do cenário da desnutrição infantil no Brasil, só ocorreu após o incentivo ao estudo acerca do assunto que, assim, possibilitou a iniciativa de pesquisas nacionais que usavam dados antropométricos da população. Nesse sentido, a desnutrição, além de ser identificada – uma vez que se tratava de uma problemática, até então, desconhecida –, pôde ser acompanhada e abordada de maneira mais específica.

Percebeu-se, por exemplo, que, entre os anos de 1989 e 1996, houve uma queda no número de crianças desnutridas. Mais tarde, por meio de estudos científicos, foi relacionada ao aumento da escolaridade, à expansão de políticas públicas de saúde e saneamento básico, além do aumento da renda familiar brasileira (MONTEIRO, 2003). Assim, é notório o aspecto multifatorial que permeia a problemática da desnutrição no Brasil, que tem entre suas motivações questões socioeconômicas, educacionais, de hábitos nutricionais e da atuação dos serviços de saúde.

Dessa forma, observa-se a necessidade de análises e ações profundas que agem diretamente nas raízes da problemática da desnutrição infantil no Brasil e não substancialmente nas suas consequências. Esta exploração e inspeção, no que lhes diz respeito, evidenciam a necessidade do seguimento das pesquisas relacionadas às temáticas, para que possam prosseguir com a relação de dados acerca do assunto – que

ainda configura como uma importante questão de saúde pública no Brasil – e, consequentemente, continue auxiliando nas políticas públicas de intervenção direta que já tiveram sucesso significativo na trajetória.

O objetivo desse estudo é realizar um levantamento dos dados epidemiológicos da desnutrição infantil no Brasil, juntamente com suas causas e desafios, contextualizando-os na atual situação da Saúde Pública brasileira, de maneira a identificar a importância da epidemiologia no estabelecimento de novas Políticas Públicas que auxiliem na mitigação da problemática mencionada.

2. MÉTODO

A metodologia utilizada nesse trabalho foi a realização da análise bibliográfica nas plataformas PubMed e Scholar Google, utilizando as seguintes palavras-chave: *"child malnutrition", "epidemiology"* e *"Brazil public policy".*

Para a revisão foram considerados artigos completos publicados em periódicos a partir do ano de 2015, nos idiomas Inglês e Português. Foram excluídas revisões e capítulos de livros. Foram encontrados 19 artigos utilizando-se os descritores mencionados e, destes, oito foram selecionados para a composição desta revisão bibliográfica.

Os dados epidemiológicos sobre a Desnutrição Infantil no Brasil foram retirados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), realizada em 2006, a qual encontra-se disponível no site do Ministério da Saúde.

Desse modo, gerou-se um estudo do tipo revisão de literatura, narrativa e descritiva.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Evidentemente, a epidemiologia tem como funcionalidade, além de compreender o processo saúde-doença no âmbito de populações, atuar no processo de desenvolvimento de estratégias e ações voltadas para a proteção e promoção da saúde na comunidade. Dessa forma, partindo da ideia de que "o que pode ser medido pode ser feito" (BARATA,

2013), cabe à epidemiologia a responsabilidade de gerar conhecimentos e tecnologias suficientes para a criação de políticas de promoção, prevenção e controle dos problemas de saúde.

No entanto, a descontinuidade administrativa é vista como entrave ao desenvolvimento de políticas públicas. A troca de gestores dos cargos públicos, muitas vezes, causa a perda de memória institucional, ou seja, o conhecimento acumulado durante o desenvolvimento de uma pesquisa, o tempo e os recursos são perdidos para dar lugar a uma nova ação proposta pelo novo governo. Desse modo, afirma Nogueira (2006) que a falta de continuidade da gestão é um obstáculo ao fortalecimento, por exemplo, do Estatuto da Criança e do Adolescente.

Apesar do obstáculo político-administrativo, a contribuição da epidemiologia para o controle de doenças e agravos à saúde, bem como para o planejamento e a organização de serviços de saúde, sem dúvida continua sendo importante (BARATA, 2013), uma vez que tais estudos trouxeram na prática resultados positivos na saúde pública do Brasil. Em 2003, por exemplo, o país vivia um contexto em que a questão da desigualdade social estava sendo constantemente abordada e estudada, a fim de combater a fome e a pobreza no Brasil. A partir da ocorrência desses levantamentos, surgiu a necessidade de desenvolver mais pesquisas e ações a fim de promover profundas transformações societárias, além de alterações na proteção social, destinada particularmente aos segmentos populacionais em situação de maior risco e vulnerabilidade social (YASBEK, 2004), sendo implantados programas como o da Fome Zero, pelo Governo Federal. Essa ação, indiscutivelmente, trouxe mudanças para a realidade de fome e desnutrição que acometia, sobretudo, a população infantil brasileira.

Nota-se, no entanto, que apesar da funcionalidade do programa e da sua importância na diminuição da fome e pobreza no Brasil, foi necessário que a epidemiologia se adaptasse à nova realidade existente. Essa evolução das pesquisas sobre desnutrição se tornou inevitável quando o cenário socioeconômico mudou, fazendo que com que houvesse a separação dos conceitos de fome e desnutrição. Atualmente, as causas de desnutrição não estão associadas apenas à escassez de alimento, mas sim a multifatores como o manejo inadequado nos cuidados nutricionais da criança, a baixa escolaridade da mãe, além do desmame precoce, baixos índices de higiene na preparação

dos alimentos, baixa ingestão de vitaminas e minerais e infecções recidivantes (MONTEIRO, 2003). O direito humano à alimentação adequada está previsto na Declaração Universal dos Direitos Humanos no artigo XXV, onde toda pessoa possui direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, incluindo habitação, vestuário, cuidados médicos e alimentação (ONU, 1948). Atualmente, o direito à alimentação deve ser visto como inseparável do direito humano à nutrição, uma vez que o alimento só adquire uma dimensão verdadeiramente humana quando transformado em um ser humano bem nutrido, saudável, digno e cidadão. (VALENTE, 2002)

O consumo alimentar inadequado, com deficiência na ingesta de nutrientes necessários ao organismo, e as infecções de repetição estão intimamente ligados ao fator socioeconômico da população, resultando no retardo do crescimento linear. A aferição da proporção de crianças com déficit de crescimento revelou que a prevalência da desnutrição infantil em crianças menores de cinco anos no Brasil foi de 7% em 2006 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Ainda sobre esse problema, a PNDS, realizada em 2006, revelou que a região Norte é a região de maior frequência dessa problemática (15%), já o Nordeste, o Centro-Oeste e o Sudeste apresentam 6% e a região Sul 8%. Ademais, a pesquisa revela que quanto maior o nível de escolaridade das mães, menor o déficit de crescimento, demonstrando a variação de 16% entre filhos de mães sem nenhuma escolaridade, a 2% entre filhos de mães com pelo menos Ensino Médio completo.

Ademais, os altos percentuais de crianças com baixo peso ao nascer, prematuridade e desmame precoce também contribuem para que a desnutrição infantil ainda esteja presente nos dias atuais. O aleitamento materno até o 6º mês de vida da criança demonstrou, em diversos estudos, diminuir os índices de desnutrição e de infecções e, consequentemente, uma diminuição da morbimortalidade no primeiro ano de vida. Logo, o desmame precoce, a prematuridade e o baixo peso ao nascer, associados às precárias condições de habitação, são os principais fatores que influenciam o desenvolvimento da desnutrição infantil no Brasil. (FALBO *et al.*, 2002).

4. CONCLUSÃO

Conforme os fatos supracitados, a epidemiologia configura-se como uma importante ferramenta para gestão das políticas públicas de saúde do Brasil. Desde que bem aplicada, a epidemiologia auxilia no processo de promoção de saúde e na identificação dos seus problemas, uma vez que os estudos epidemiológicos descrevem o cenário de determinada população e facilitam o reconhecimento das necessidades coletivas (TURCI *et al.*, 2010)

Nesse sentido, visto que a desnutrição infantil é tema significativo no atual contexto brasileiro, a epidemiologia torna-se um instrumento com grande aplicabilidade para resolução ou atenuação do problema, utilizando métodos eficientes, dados qualificados e bom planejamento (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1973). Através de uma análise minuciosa da problemática em saúde e dos determinantes sociais, é possível construir uma base de conhecimentos sobre os mecanismos que ocasionam tal entrave e propor intervenções eficazes (TURCI *et al.*, 2010). As deficiências nutricionais infantis são doenças ocasionadas pela carência energética alimentar, juntamente à insuficiente absorção nutricional dos alimentos ingeridos pelo organismo.

O Brasil é um país com ampla extensão territorial e divergências socioeconômicas marcantes. Por possuir tais características, a desigualdade social torna-se extremamente acentuada e uma das grandes causas para os inúmeros problemas sociais, educacionais, sanitários e de saúde pública, como é o caso da desnutrição infantil que engloba aspectos multifatoriais. Famílias que não possuem o básico para sustentarem condições adequadas de moradia e alimentação acabam afetando diretamente a nutrição das crianças.

Portanto, a utilização dessa ciência para desenvolvimento de práticas que atenuem a situação de desnutrição infantil no país deve considerar a redução das desigualdades e a realidade dos grupos sociais. Com base nos determinantes sociais de saúde, implementar ações que visem diminuir a exposição a fatores de risco e vulnerabilidade, uma vez que esses aspectos possuem intrínseca relação com as condições de bem-estar (TURCI *et al.*, 2010).

As medidas epidemiológicas voltadas para os determinantes sociais de saúde, com o foco em minimizar as desigualdades socioeconômicas e melhorar a distribuição dos

recursos básicos de vida, possuem direta relação com o aumento da renda das famílias brasileiras e com a diminuição do percentual de pobreza, fatores que influenciaram positivamente o declínio da desnutrição ao longo dos anos (MONTEIRO, 2003).

Deste modo, a epidemiologia mostra-se como uma ciência de extrema importância e eficiência na gestão da sociedade e dos problemas que a saúde enfrenta, que por vezes estão ligados a fatores particulares que vão além da enfermidade. Por ser uma política que visa gerar informação e ferramentas capazes de promover a prevenção e terapia, a epidemiologia desempenha e gera os recursos necessários para concretização de um saber científico sobre a saúde humana.

5. REFERÊNCIAS

BARATA, R.B. Epidemiologia e políticas públicas. Revista Brasileira de Epidemiologia: versão impressa, v. 16, p. 3, 2013

BRASIL, Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006 : dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança/ Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. Acesso em: 10 set. 2020.

FALBO, A.R. *et al.* Implementação do protocolo da Organização Mundial da Saúde para manejo da desnutrição grave em hospital no Nordeste do Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 22, p. 561, 2006.

MONDINI, L. & MONTEIRO, C.A. Relevância epidemiológica da desnutrição e da obesidade em distintas classes sociais: métodos de estudo e aplicação à população brasileira. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 1, p. 28, 1998

MONTEIRO, C.A. "A dimensão da pobreza, da fome e da desnutrição no Brasil". São Paulo, Estudos Avançados, v. 17, p. 7, 2003

NEPI (Núcleo de Epidemiologia). Boletim Epidemiológico Semestral. Recife: Hospital Geral de Pediatria, Instituto Materno Infantil de Pernambuco, 1998.

NOGUEIRA, F.A. Continuidade e Descontinuidade Administrativa em Governos Locais: Fatores que sustentam a ação pública ao longo dos anos 139 f. 2006. Dissertação (Mestrado em Administração Pública e Governo) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas. Disponível em: http://hdl.handle.net/10438/2423. Acesso em: 10 set. 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Declaração Universal dos Direitos Humanos. Nova Iorque, ONU, 1948.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Epidemiologia: guia de métodos de ensino. Washington, DC, 1973.

TURCI, S.R.B. *et al*. Epidemiologia e Saúde Coletiva: tendências da produção epidemiológica brasileira quanto ao volume, indexação e áreas de investigação - 2001 a 2006. Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, p. 1967, 2010.

VALENTE, F.L.S. Direito Humano à Alimentação – desafios e conquistas. 1ª ed. São Paulo, Cortez Editora, 2002.

YASBEK, M.C. O programa fome zero no contexto das políticas sociais brasileira. São Paulo em Perspectiva, v. 18, p. 104, 2004.

CAPÍTULO 11

EPIDEMIOLOGIA DOS CASOS NOTIFICADOS DE LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA NO ESTADO DO PIAUÍ ENTRE 2015 E 2019

Antonio B do N Rodrigues[1], Lucas R Uchôa[1], Thalia M de S Soares[1], Kayra C Guimarães[3], Bruna M da Silva[2], Antonia L Araújo da Silva[2], Caroline R De Almeida[3], Ana P P da Silva[2], Lucas Ananias[3], Esterfânia A B Farias[6], José M da S Santos[1], Jéssica S A Amaral[5], Jaina R da Silva[3], Ana P S Trindade[4], Anaalyce P G Oliveira[1], Gabriela A de Oliveira[1], José I S Nascimento[2]

[1] Licenciados em Ciências Biológicas, Instituto Federal do Piauí, Pedro/PI.
[2] Discentes do curso de licenciatura em Ciências Biológicas, Instituto Federal do Piauí, Pedro/PI.
[3] Discentes do curso de licenciatura em Ciências Biológicas, Instituto Federal do Piauí, Uruçuí/PI.
[4] Discente de enfermagem, Centro Universitário Módulo- Faculdade Enfermagem, Caraguatatuba/SP.
[5] Bacharelada em enfermagem , pelo CEULP/ULBRA PALMAS –TOCANTINS.
[6] Docente do curso Ciências Biológicas, Instituto Federal do Piauí, Pedro/PI.

Palavras-chave: *Lesões; Taxa de incidência; Piauí.*

1. INTRODUÇÃO

A Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) é considerada um grave problema de saúde pública e sua incidência já foi registrada em mais de 85 países, estando entre as seis doenças infecciosas de maior relevância do mundo (SILVEIRA & SPENCER, 2020). Nessa perspectiva, observa-se grande importância epidemiológica dela no mundo e no Brasil. Segundo Brasil (2017), a LTA é doença não contagiosa, todavia apresenta uma evolução crônica, que afeta as estruturas de pele e mucosas, ocorrendo de duas formas: localizada ou difusa.

Pode apresentar prevalência em pessoas de todas as faixas etárias e de ambos os sexos. A transmissão ocorre através da picada de insetos vetores denominados

flebotomíneos. Estes, para realizarem a dispersão, devem estar contaminados com as leishmanias (BRASIL, 2017). O período de incubação, no homem, com média de dois meses, pode variar de duas semanas a dois anos e, dentre os sintomas, a lesão mais comum evidencia-se por úlcera de consistência firme, bordas bem definidas, geralmente em áreas de pele expostas (SILVEIRA & SPENCER, 2020).

Nessa perspectiva, o presente estudo objetivou conhecer o perfil epidemiológico dos Casos notificados de LTA no estado do Piauí entre 2015 e 2019.

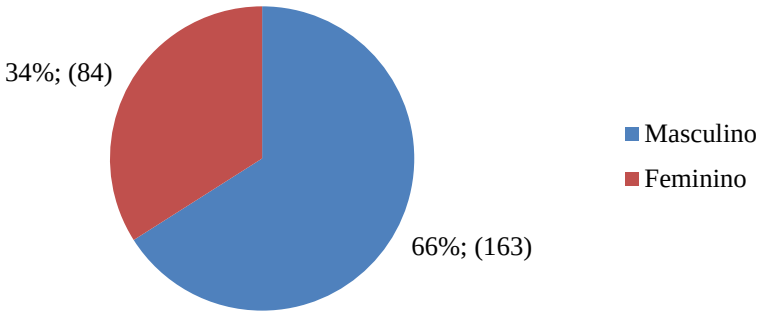
2. MÉTODO

O presente estudo, realizado com dados secundários, foi sobre a situação epidemiológica da LTA no estado do Piauí. Os procedimentos metodológicos adotados foram divididos em três etapas: (a) Levantamento de dados secundários via plataforma digital do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, que utiliza dados do SINAN (sexo, faixa etária, raça, zona de resistência, evolução e forma clínica), (b) Organização dos dados em forma de gráficos e tabelas (através do software *Microsoft Excel®)* e (c) Avaliação e comparação dos dados de acordo com o sexo, faixa etária, raça, forma clínica e evolução do quadro clínico do paciente.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao término da pesquisa, foi identificado o total de 247 casos de LV visceral no estado do Piauí entre 2015 e 2018. Dessas notificações, 66% dos casos foram em pessoas do sexo masculino (163) e 34% sexo feminino (84), como demonstrado no Gráfico 1. O mesmo também foi observado no estudo de Cunha *et al*. (2017) em seu estudo desenvolvido no estado do Ceará, o qual identificou uma maior prevalência de casos no sexo masculino.

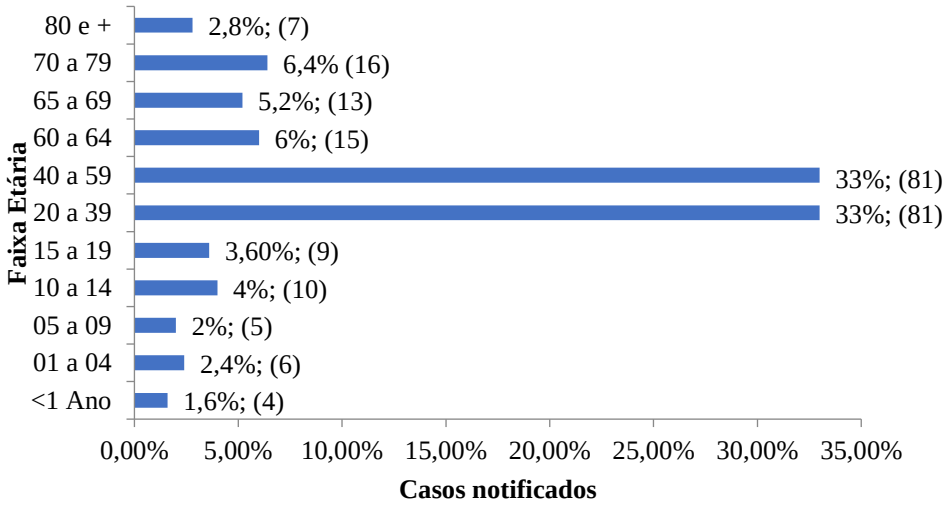
Gráfico 1. Distribuição por sexo dos casos de LTA, notificados entre 2015 e 2019 no estado do Piauí



Fonte: DATASUS, 2020.

Em relação à faixa etária houve uma divisão dos casos entre os pacientes com idade entre 20 e 39 anos (33%; 81) e entre 40 a 59 anos (33%; 81), conforme mostra o Gráfico 2. Os resultados foram semelhantes aos apontados por Alencar e Figueiredo (2019) durante sua pesquisa realizada no estado do Maranhão, que encontrou uma predominância maior em indivíduos coma faixa etária de 20 a 59 anos (63,6%).

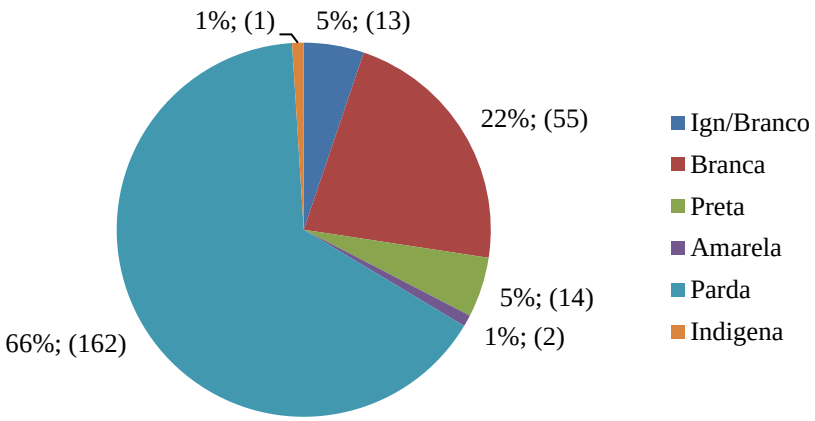
Gráfico 2. Distribuição por faixa etária dos casos de LTA, notificados entre 2015 e 2019 no estado do Piauí



Fonte: DATASUS, 2020.

Registrou-se que dentre as raças que apresentaram incidência de LTA, a mais notificada foi a de pessoas com a cor da pele parda (66%; 162), seguido por brancos (22%; 55) e negros (5%; 14), como apresentado no Gráfico 3. Dessa forma, o resultado divergiu do encontrado por Araújo *et al.* (2020) que, em seu estudo desenvolvido no município de Almenara – Minas Gerais, identificaram que cerca de 50% dos registros foram em pacientes declarados de raça branca.

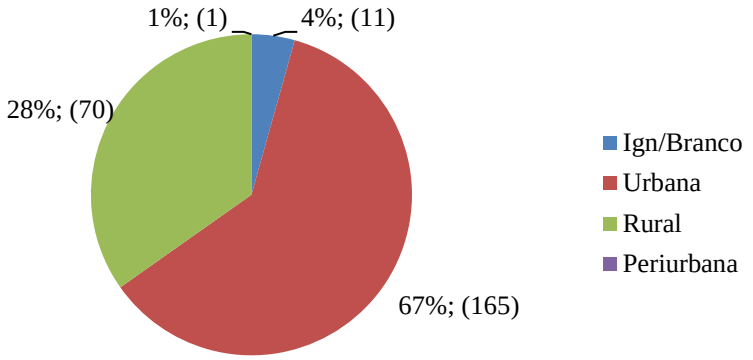
Gráfico 3. Distribuição por Raça dos casos de LTA, notificados entre 2015 e 2019 no estado do Piauí



Fonte: DATASUS, 2020.

Em relação à zona de residência, notou-se que a maior parte dos casos foi notificada em pacientes da zona urbana (67%; 605), seguido por casos registrado na zona rural (26%; 228) e por casos ignorados (3%; 26), assim como é mostrado no Gráfico 4. Esse resultado foi de encontro ao apontando por Colaça (2019), que em sua pesquisa realizada na cidade de Altamira, sudoeste do Pará, observou, no que se refere à zona de residência, que 53,33% dos pacientes afetados por LTA residiam na zona urbana, 44,63% na zona rural e 0,51% na região periurbana.

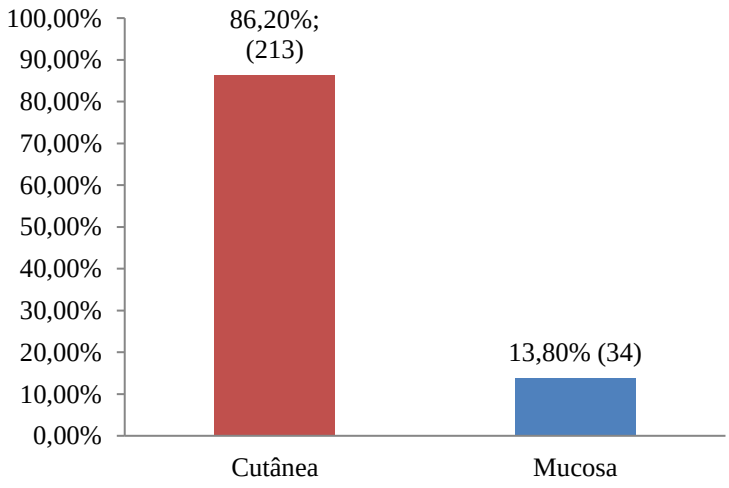
Gráfico 4. Distribuição por Zona de residência dos casos de LTA, notificados entre 2015 e 2019 no estado do Piauí



Fonte: DATASUS, 2020.

Em relação à forma clínica, constatou-se que a prevalência de casos de forma clínica cutânea (88,20%; 213), foi maior que a da forma mucosa (13,80%; 34), como exposto no Gráfico 5. Os resultados convergiram com os encontrados por Silveira e Spencer (2020) na sua pesquisa realizada no Hospital de Doenças Tropicais da Universidade Federal do Tocantins, que apontou que a forma clínica de maior prevalência foi a Leishmaniose Cutânea.

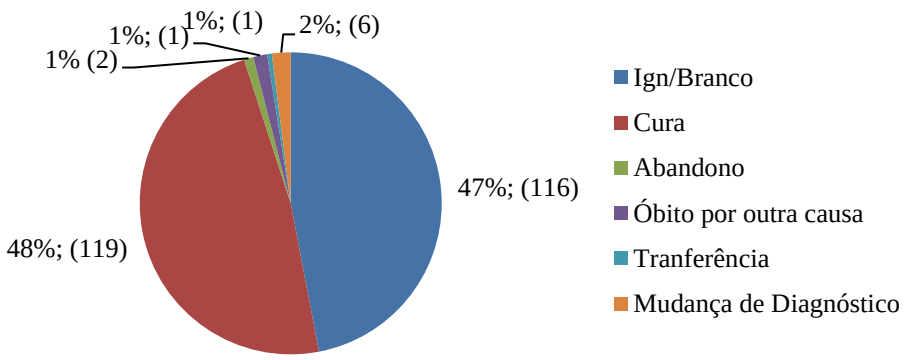
Gráfico 5. Distribuição por Forma clínica dos casos de LTA, notificados entre 2015 e 2019 no estado do Piauí



Fonte: DATASUS, 2020.

Quanto à evolução do quadro clínico dos pacientes, notou-se que na maioria dos casos, o quadro evoluiu para a cura dos pacientes (48%; 119), seguido por casos de ignorados (47%; 116). Óbitos por outra causa, abandono, transferências e mudanças de diagnóstico somaram juntos 5% (Gráfico 6). Esse fato também foi confirmado no estudo de Júnior *et al*. (2020), que analisaram os casos notificados no Brasil entre os anos de 2009 a 2018, também apontando uma tendência de cura na maioria dos casos.

Gráfico 6. Distribuição por evolução dos casos de LTA, notificados entre 2015 e 2019 no estado do Piauí



Fonte: DATASUS, 2020.

4. CONCLUSÃO

Por fim, a pesquisa identificou redução no aparecimento de novos casos de LTA a cada ano nesse período, observando uma predominância maior em indivíduos do sexo masculino, com faixa etária entre 10 e 59 anos, no qual a maior parte dos casos evoluiu de forma a chegar à cura dos pacientes.

5. REFERÊNCIAS

ALENCAR, B.F.P. & FIGUEIREDO, I.A. Perfil epidemiológico dos casos de Leishmaniose Tegumentar Americana no estado do Maranhão no período de 2015 a 2017. Revista de Investigação Biomédica, v. 10, p. 243, 2019.

ARAÚJO, D.B.S. *et al*. Perfil sociodemográfico da leishmaniose tegumentar americana em Almenara–Minas Gerais. PUBVET, v. 14, p. 139, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Vigilância da Leishmaniose Tegumentar . Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em : http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_vigilancia_leishmaniose_2ed.pdf Acesso em: 1 out. 2020.

COLAÇA, B.A. Perfil Epidemiológico da Leishmaniose Tegumentar Americana nos anos de 2013 a 2017 na cidade de Altamira, sudoeste do Pará, Brasil. Pará Research Medical Journal, v. 2, e04, 2019.

CUNHA, J.L.C. *et al.* Aspectos clínicos e epidemiológicos da Leishmaniose Tegumentar Americana no Estado do Ceará, Brasil, no Período de 2007 a 2016. Cadernos ESP, v. 11, p. 10, 2017.

JÚNIOR, E.C.F. *et al.* Leishmaniose tegumentar americana: perfil epidemiológico dos casos notificados no Brasil entre os anos de 2009 a 2018 e considerações sobre os aspectos e manifestações de importância odontológica. Research, Society and Development, v. 9, e872997950, 2020.

SILVEIRA, S.J.S & SPENCER, P.J. Perfil Clínico e Epidemiológico da Leishmaniose Tegumentar Americana no Hospital de Doenças Tropicais da Universidade Federal do Tocantins. Brazilian Journal of Development, v. 5, p. 24780, 2020.

CAPÍTULO 12

PREVALÊNCIA DE SARCOPENIA EM IDOSOS ACIMA DE 65 ANOS ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU

Beatriz Y Maruyama[1], Salma A El C Parolin[2]

[1] Acadêmica de Medicina, Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba/PR.
[2] Docente na faculdade de Medicina, Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba/PR.

Palavras-chave: *Atividade Física; Idosos; Sarcopenia.*

1. INTRODUÇÃO

De acordo com o envelhecimento e aumento na taxa de sobrevida da população de maneira geral, devido à diversos fatores como melhora da qualidade de vida, estima-se que de 1996 a 2025, o percentual de idosos irá aumentar cerca de 200% nos países em desenvolvimento. Com isso, existirá uma maior incidência nas doenças associadas ao envelhecimento da população, dentre elas a sarcopenia (SILVA *et al.*, 2006).

O termo sarcopenia é derivado das palavras gregas, “carne” (sarx) e “perda” (penia). É uma doença crônica, definida como sendo a redução da massa muscular (MM), força muscular (FM) e a funcionalidade da musculatura. Ela está altamente relacionada ao processo natural de envelhecimento, podendo ter uma maior taxa de incidência quando associado aos fatores de risco da doença (sexo, hábitos de vida, comorbidades e fatores genéticos). Isso é decorrente de diversos fatores que ocasionam problemas na inervação, vascularização e metabolismos das fibras proteicas do músculo. Todos esses déficits em conjunto, ocasionam as fragilidades e sinais de fadiga generalizada, aumentando a morbimortalidade e diminuindo a qualidade de vida do indivíduo idoso, principalmente pela alta associação com a incidência de quedas e fraturas no mesmo (DIZ *et al.*, 2006).

Utiliza-se para diagnóstico de Sarcopenia o algoritmo da *European Working Group on Sarcopenia* (EWGSOP), que leva em consideração a velocidade de marcha, força de preensão e medida de massa muscular por emissão de raios-X em duas frequências com intensidades diferentes (DEXA) (PATEL *et al.*, 2013).

A avaliação da prevalência de Sarcopenia é importante para que assim seja possível ofertar uma melhor prevenção e acompanhamento desses indivíduos, com enfoque na melhora da qualidade de vida, diminuindo a morbimortalidade e os riscos que acompanham o quadro clínico dessa doença.

O objetivo deste presente estudo é avaliar a Prevalência de Sarcopenia em idosos de 65 a 80 anos atendidos no Ambulatório De Especialidades do Hospital Universitário Cajuru, localizado no Complexo Hospital Nossa Senhora Da Luz.

2. MÉTODO

A pesquisa foi iniciada pela revisão de literatura bibliográfica e submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da PUCPR (parecer n° 3.416.400) e do Hospital Universitário Cajuru. Posteriormente, foram realizados treinamentos com profissionais especializados na área de Psicologia, para que adequassem as técnicas a serem utilizadas para abordagem ao paciente visando a aplicação dos exames e anamnese realizados durante a pesquisa.

Na etapa seguinte foram elaboradas planilhas em Excel dos pacientes com faixa etária entre 65 a 75 anos, que posteriormente foi alterada para o intervalo entre 65 a 80 anos, atendidos no Ambulatório de Especialidades do Hospital Universitário Cajuru. Nessas tabelas constavam: nome, idade, RUP (número de identificação) e clínica pelo qual o paciente fazia o seu acompanhamento no estabelecimento. Isso contabilizou 2785 indivíduos.

Através dessas planilhas iniciou-se a próxima etapa, na qual foram analisados todos os prontuários dos pacientes, salvos no Sistema Hospitalar da Rede Marista. Os indivíduos passaram por um processo de seleção, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão da pesquisa, como vistos na Tabela 1.

Tabela 1. Critérios de Inclusão e exclusão

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
Sexo feminino e masculino	Apresentar qualquer lesão osteomioarticular que impeça deambulação
Faixa etária de 65 a 80 anos	Deixar de realizar uma das fases do estudo, usar inibidores da acetilcolinesterase, uso de drogadição, deficiência de comunicação e visual, apresentar vertigens
Não utilizar drogas capazes de induzir miopatias ou controle alimentar	Doença psíquiátrica severa, doença neurológica (AVC, AIT, TCE, parkinson, alzheimer)
Mínimo de 3 meses sem participar de programas regulares de exercício	

Fonte: Dados de Inclusão e Exclusão para pesquisa feitos de acordo com a base de dados de pacientes atendidos no ambulatório e com as pesquisas já publicadas (PATEL *et al.*, 2013).

Nessa mesma etapa foram coletados o número de telefone de cada paciente que foi utilizado na etapa seguinte. Com isso, foram contabilizados 970 pacientes que cumpriam com os critérios para poderem participar da pesquisa. A maior dificuldade apresentada durante a realização dessa etapa foi com relação aos prontuários incompletos ou com acesso negado, além da inexistência de um número para que pudéssemos entrar em contato com o paciente. Esses foram excluídos da lista de pacientes que foram para a próxima etapa, mesmo que cumprissem com os critérios de seleção. Sendo assim 805 pacientes foram destinados à etapa seguinte.

A etapa seguinte baseou-se no contato telefônico com os indivíduos anteriormente selecionados e agendamento de data para que comparecessem ao Ambulatório para realização da anamnese e exames, totalizando 250 indivíduos. Dentre as dificuldades apresentadas nessas etapas, estão listadas abaixo as principais:

a. Números telefônicos desatualizados, impossibilitando contato com o paciente ou responsável.
b. Pacientes que agendaram a data, porém não compareceram no dia marcado.
c. Pacientes que compareceram no dia marcado, porém não aceitaram assinar o TCLE para participar da pesquisa.

d. Quarentena estabelecida no mês de abril, devido à pandemia do SARS-COV2, impossibilitando que os agendamentos continuassem sendo realizados.

Quanto aos pacientes que compareceram na data agendada no Ambulatório de Especialidades e aceitaram assinar o TCLE, totalizando 50 pacientes, eles passaram pelos exames listados abaixo:

a. Ficha de Anamnese.
b. Ficha de avaliação nutricional.
c. MEEM (mini exame do estado mental, seguindo o modelo Brucki *et al.*, 2003): indica o grau de fragilidade.
d. Teste de exaustão e fadiga (seguindo o modelo do Center for Epidemiological Studies CES-D): o estadiômetro utilizado foi o modelo ES-2060 (Sanny), o *hand grip* utilizado foi o modelo Bolingbrook IL 60440 (Jamar), a trena utilizada foi um modelo profissional 3m x 16mm (Eda) e a balança utilzada foi o modelo HBF-514C (Omron).
e. Histórico de quedas no último ano (seguindo o modelo Bento *et al.*, 2010).
f. Questionário próprio SARC-F.

Com esses exames realizados, os pacientes passaram para a próxima etapa na qual foram agendados horários para comparecerem à Universidade Tecnológica Federal Do Paraná, para realizarem o exame de Densitometria Por Dupla Emissão de Raios-X (DEXA), para que assim o diagnóstico de Sarcopenia fosse confirmado.

Com isso todos os questionários e dados coletados, foram organizados e tabulados em planilha no Excel para que fossem analisados. Os resultados obtidos no estudo foram descritos por médias, desvios padrões, medianas, valores mínimos e máximos (variáveis quantitativas) ou por frequências e percentuais (variáveis categóricas). Para a comparação de dois grupos definidos pela sarcopenia (não ou provável), em relação a variáveis quantitativas, foi usado o teste t de Student para amostras independentes ou o teste não-paramétrico de Mann-Whitney. Variáveis categóricas foram analisadas considerando-se o exato de Fisher ou o teste de Qui-quadrado. Os dados foram analisados com o programa computacional Stata/SE v.14.1. StataCorpLP, USA.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados encontrados foram descritos na Tabela 2, na qual podemos avaliar as variáveis que foram abordadas no estudo (idade, sexo, etnia, escolaridade, osteoarticulação, IMC) e sua correlação com a probabilidade de os pacientes apresentarem sarcopenia (SS) ou não.

Com a análise, foi possível observar uma maior probabilidade de possuir sarcopenia entre os pacientes do sexo feminino, com idade 65-69 anos, etnia branca, menor escolaridade, sem presenças de doenças osteoarticulares associadas e com o índice de massa corporal (IMC) acima de 25.

Tabela 2. Resultados do estudo

Variável	Classificação	Sarcopenia		p*
		Não	Provável	
Idade (anos)	65 a 69	15 (62,5)	14 (53,9)	0,784
	70 a 74	7 (29,2)	10 (38,5)	
	75 a 80	2 (8,3)	2 (7,7)	
Sexo	Masculino	9 (37,5)	8 (30,8)	0,767
	Feminino	15 (62,5)	18 (69,2)	
Etnia	Negra	2 (8,3)	1 (3,9)	-
	Branca	13 (54,2)	24 (92,3)	
	Parda	7 (29,2)	1 (3,9)	
	Amarela	2 (8,3)	0 (0)	
Escolaridade	Até 8 anos	15 (62,5)	16 (61,5)	1
	Mais de 8 anos	9 (37,5)	10 (38,5)	
Osteoarticular	Sim	11 (45,8)	12 (46,2)	1
	Não	13 (54,2)	14 (53,9)	
IMC (kg/m^2)	<25	7 (29,2)	4 (15,4)	0,219
	25 a 29,9	12 (50)	11 (42,3)	
	≥ 30	5 (20,8)	11 (42,3)	

Fonte: Resultados da pesquisa analisados pelo programa SPSS, 2020.

Dentre os 50 pacientes que realizaram os exames no Ambulatório De Especialidades do Hospital Universitário Cajuru, 33 eram mulheres e 17 eram homens. Quanto a idade, 29 pacientes tinham entre 65 a 69 anos, 17 tinham entre 70 a 74 anos e 4 tinham entre 75 a 80 anos. Além disso, 23 apresentavam doenças osteoarticulares que não

impedindo a atividade física, caso contrário teriam sido excluídos pelos critérios de inclusão e exclusão.

Entretanto, como pode ser visto na Tabela 3, apenas 30 compareceram para realizar o exame de Densitometria Por Dupla Emissão de Raios-X (DEXA). Desses, oito tiveram seu resultado dentro dos padrões normais, vinte foram considerados Pré Sarcopênicos (Pré S), dois tiveram o diagnóstico de sarcopenia (SS) confirmado pelo exame, sendo um homem (entre 65-69 anos) com valor no DEXA de 5,5 e uma mulher (entre 70-74 anos) com valor no DEXA de 5,4. Dentre os pré sarcopênicos, 11 deles tinham entre 65 a 69 anos, sendo oito mulheres e três homens. Além disso, sete tinham entre 70 a 74 anos, sendo cinco mulheres e dois homens. E, por fim, dois tinham entre 75 a 80 anos, sendo um homem e uma mulher. A comparação das variáveis entre os indivíduos que realizaram o DEXA por ser observado na Tabela 4.

Tabela 3. Resultado do exame de Densitometria Óssea

Sarcopenia	**n**	**%**
Normal	8	26,7
Pré-sarcopenia	20	66,7
Sarcopenia	2	6,7
Total	30	100,0

Fonte: Resultados dos exames de densitometria óssea (DEXA) com os valores analizados pelo programa SPSS, 2020.

Tabela 4. Comparação das variáveis entre os indivíduos que realizaram o DEXA

Variável	**Classificação**	**Sarcopenia**		
		Normal	**Pré-sarcopenia**	**Sarcopenia**
Idade (anos)	65 a 69	3 (37,5)	11 (55)	1
	70 a 74	3 (37,5)	7 (35)	1
	75 a 80	2 (25)	2 (10)	0
Sexo	Masculino	4 (50)	6 (30)	1
	Feminino	4 (50)	14 (70)	1
Etnia	Negra	0 (0)	1 (5)	0
	Branca	5 (62,5)	17 (85)	2
	Parda	2 (25)	2 (10)	0
	Amarela	1 (12,5)	0 (0)	0

Escolaridade	Até 8 anos	6 (75)	12 (60)	1
	Mais de 8 anos	2 (25)	8 (40)	1
Doença osteoarticular	Sim	3 (37,5)	11 (55)	0
	Não	5 (62,5)	9 (45)	2
IMC (kg/m^2)	<25	2 (25)	5 (25)	0
	25 a 29,9	4 (50)	9 (45)	1
	≥ 30	2 (25)	6 (30)	1

Fonte: Comparação dentre os fatores que influenciam na prevalência da doença entre os pacientes que realizaram o DEXA, 2020.

Foi observado que a prevalência de sarcopenia, entre os pacientes que realizaram o DEXA foi de 6,67%, e de pré sarcopenia foi 66,67%.

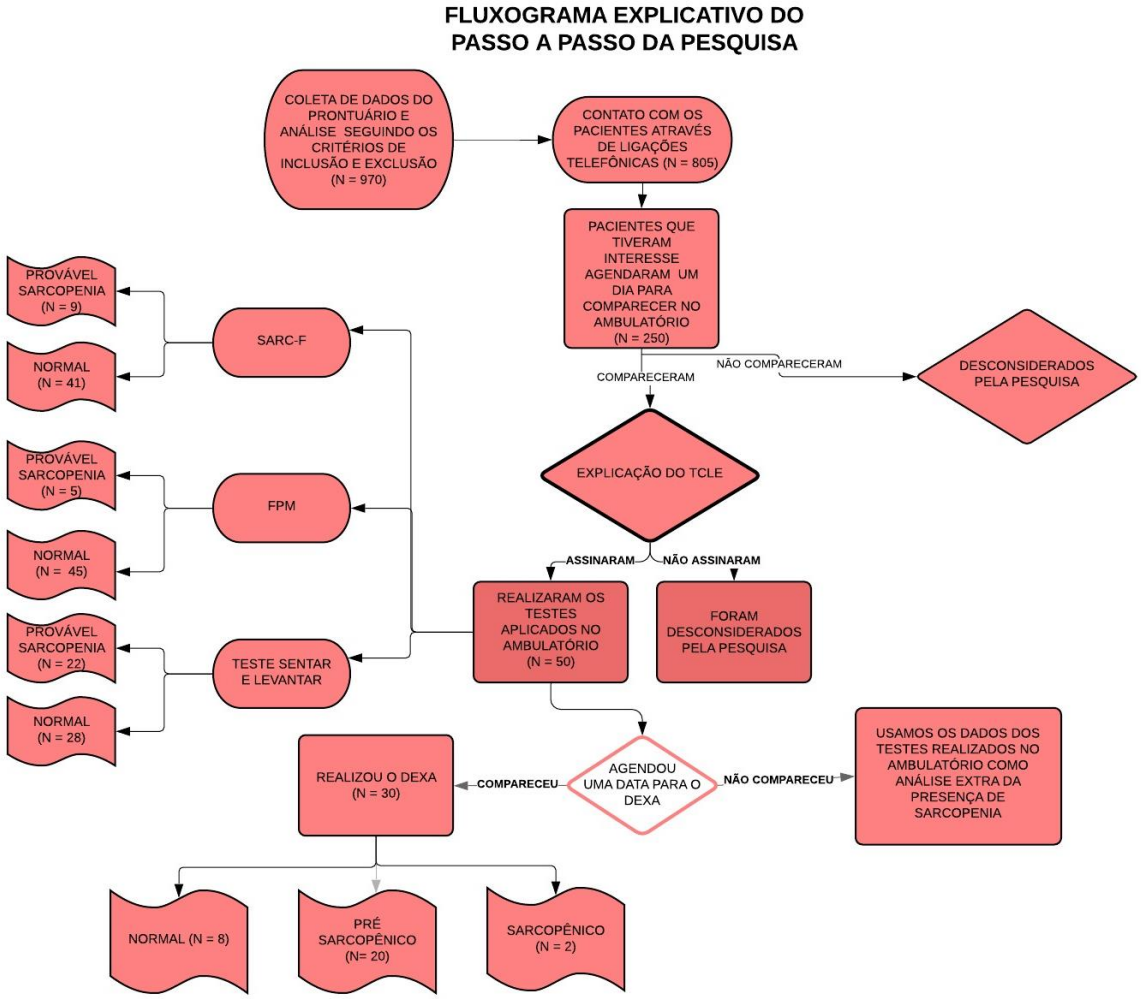
Todavia, outros dados podem ser avaliados para realização do diagnóstico de provável sarcopenia (PS), levando em consideração os exames que foram realizados no próprio Ambulatório de Especialidades, como:

a. SARC-F: avalia força, assistência ao caminhar, levantar da cadeira, subir escadas e quedas.
b. FPM: exame de força de preensão manual. Avalia a condição física dos membros superiores, através do dinamômetro.
c. Teste de Sentar e Levantar: avalia a condição física dos membros inferiores. O examinado deverá levantar e sentar, sem se desequilibrar e utilizando o menor número de apoios possíveis.

Considerando os 50 pacientes que realizaram esses exames no ambulatório, nove pacientes foram considerados prováveis sarcopênicos pelo SARC-F. Já com relação à FPM, foram cinco e, com relação à exame de levantar e sentar, 22 pacientes foram classificados com um quadro provável. Levando em consideração as três classificações simultaneamente, totalizaram 26 pacientes como prováveis sarcopênicos. Sendo que desses, 18 era mulheres.

Na Figura 1 pode ser visto um resumo do processo pelo qual os pacientes foram submetidos ao longo da pesquisa.

Figura 1. Resumo do processo da pesquisa



Fonte: Fluxograma resumindo os passos seguidos durante a pesquisa, 2020.

A presença ou não de sarcopenia sofre influência de diversos fatores que estão diretamente ligados à qualidade de vida ou que são considerados fatores de risco para doenças, como sexo, etnia, escolaridade e IMC.

Patel *et al.*, em estudo feito em 2013, avaliou 1787 idosos no Reino Unido, com idade acima de 60 anos. A prevalência de SS utilizando o algoritimo EWGSOP foi de 4,6% nos homens e de 7,9% nas mulheres, o que corrobora com os dados encontrados

pelo atual estudo, que também mostrou mais prevalência de SS e Pré S em mulheres, considerando o total de pacientes de cada sexo em relação ao número de diagnosticados. Porém, Patel *et al.*, notaram o aumento da prevalência com a idade em ambos os sexos, já no nosso estudo a probabilidade era maior de apresentar a doença entre os pacientes com 65 a 69 anos.

No Brasil, o estudo realizado por Alexandre *et al.*, em 2014, analisou os dados obtidos de 1149 idosos com mais de 60 anos. Ele encontrou que a presença da doença tinha correlação direta com menor renda, baixo nível de atividade física e status cognitivo diminuído, o que corrobora com os presentes achados. Entretanto, no estudo desenvolvido por eles, o índice de SS foi maior nos pacientes com baixo IMC, ou seja, até 25. Porém com o este estudo foi avaliada uma maior probabilidade de apresentar sarcopenia entre os pacientes com IMC superior a isso. Isso ocorreu provavelmente pela alta correlação entre IMC elevado e sedentarismo.

Algo que deve ser considerado como dificuldade durante a realização dos estudos relacionados à SS são com relação à vulnerabilidade dos pacientes avaliados, por se tratarem de idosos e muitas vezes serem pacientes poliqueixosos ou polimedicados com múltiplas comorbidades, além de na maioria dos casos dependerem de familiares ou responsáveis que possam acompanhá-los.

Lamentavelmente, a coleta de dados teve o seu tempo encurtado devido à pandemia ocasionada pela Covid-19. Com isso, o número de pacientes avaliados se tornou menor comparado ao que tínhamos como objetivo avaliar até a entrega desse projeto.

As técnicas que foram utilizadas nesse estudo para avaliar a massa muscular dos pacientes foram utilizadas em diversos outros estudos, por se tratarem de técnicas confiáveis para identificação da sarcopenia, sendo que o DEXA é considerado o exame padrão-ouro para a avaliação da massa muscular. Entretanto, trata-se de um equipamento de alto custo e dependente de operador qualificado, que possa executar e avaliar os resultados.

De acordo com o Censo 2020 realizado pelo IBGE, o Brasil tem mais de 28 milhões de pessoas acima de 60 anos, representando 13% da população do país. Com o notado aumento da população idosa, de maneira exponencial, no Brasil e no mundo, tem-

se como consequência um incremento nos índices de doenças associadas ao processo de envelhecimento, como a Sarcopenia. Segundo dados liberados pela Organização Mundial da Saúde, o aumento previsto para a população idosa entre 1950 e 2025 no Brasil será de 15 vezes, colocando o país na sexta posição da classificação em número absoluto de idosos no mundo. Sendo assim, faz-se necessário que as medidas de prevenção e acompanhamento desses pacientes cresça simultaneamente aos índices para que, assim, seja possível evitar um acréscimo nos riscos que a doença acarreta, como perda da qualidade de vida e independência, além de quedas e fraturas e o alto custo para a saúde pública.

4. CONCLUSÃO

Portanto, nota-se um aumento da prevalência ao longo da idade comparando o número de pacientes avaliados pelo número de pessoas que apresentaram a doença. Além disso, é possível notar a elevada incidência de Sarcopenia e pré-sarcopenia nas faixas etárias avaliadas.

5. REFERÊNCIAS

ALEXANDRE T.S. *et al*. Prevalence and associated factors of sarcopenia among elderly in Brazil: findings from the SABE Study. The Journal of Nutrition, Health and Aging, v. 18, p. 284, 2014.

ARAÚJO, C.G.S. Teste de sentar-levantar: apresentação de um procedimento para avaliação em Medicina do Exercício e do Esporte. Revista Brasileira de Medicina do Esporte, v. 5, p. 179, 1999

CRUZ-JENTOFT, A.J. *et al.* Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. Age Ageing, v. 48. p. 16. 2019.

DIZ, J.B.M. *et al.* Prevalência de sarcopenia em idosos: resultados de estudos transversais amplos em diferentes países. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 18, p. 665, 2015.

JANSSEN, I. *et al*. Low relative skeletal muscle mass (sarcopenia) in older persons is associated with functional impairment and physical disability. Journal of the American Geriatrics Society, v. 50, p. 889, 2002

MCGREGOR, R.A. *et al.* It is not just muscle mass: A review of muscle quality, composition and metabolism during ageing as determinants of muscle function and mobility in later life. Longev Healthspan, v. 3, p. 9, 2014.

PATEL, H.P. *et al*. Prevalence of sarcopenia in community-dwelling older people in the UK using the European Working Group on Sarcopenia in Older People (EWGSOP) definition: findings from the Hertfordshire Cohort Study (HCS). Age Ageing, v. 42, p. 378, 2013.

SILVA, T.A.A. *et al*. Sarcopenia associada ao envelhecimento: aspectos etiológicos e opções terapêuticas. Revista Brasileira de Reumatologia, v. 46, p. 391, 2006.

YAMADA, M. *et al*. Prevalence of sarcopenia in community-dwelling Japanese older adults. Journal of the American Medical Directors Association, v. 14, p. 911, 2013.

CAPÍTULO 13

O SEDENTARISMO COMO AGRAVO NOS FATORES DE RISCO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA POPULAÇÃO EM MINAS GERAIS

Graziella P P Garcia[1] Bernardo C M Aguiar[2], Georgia S N Bueno[2], Leandro P Amaral[2], Mércia G M Barra[2], Olívia M S Mendes[2], Renata A Pereira[2]

[1] Docente de Medicina, Centro Universitário de Belo Horizonte, Belo Horizonte, MG.
[2] Discente de Medicina, Centro Universitário de Belo Horizonte, Belo Horizonte, MG.

Palavras-chave: *Hipertensão; Sedentarismo; Fator de risco.*

1. INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição onde os níveis pressóricos estão continuamente elevados, produzindo, de forma consistente, lesão das artérias de grande, médio e pequeno calibre, bem como lesão do coração de diversas formas e de outros órgãos nobres, como cérebro e rins (REVISTA BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2018).

Trata-se de uma patologia que pode ter duas causas: uma primeira, chamada de hipertensão primária, em que o aumento da pressão arterial não possui uma causa identificável, representando a maior parcela da população hipertensa, e uma segunda - chamada de hipertensão secundária - que apresenta uma causa exata, como doença renal crônica, hipertensão renovascular, síndrome da apneia, hiperaldosteronismo primário, feocromocitoma, hipertireoidismo e hipotireoidismo, entre outras causas e tem uma prevalência de 3-5% nos indivíduos hipertensos (VII DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2016).

Atualmente, a hipertensão arterial é um problema grave de saúde pública mundial e também é um importante fator de risco (FR) para outras manifestações clínicas como aterosclerose e doenças cardiovasculares (DCV) e, se não tratada, pode apresentar uma variedade de agravos na vida do indivíduo (CARVALHO *et al.*, 2016). No Brasil, a HAS abrange cerca de 32,5% (36 milhões) dos adultos, sendo os idosos os mais afetados, cerca de 60%. É importante salientar que a HAS está, na maioria das vezes, associada a outras doenças crônicas e pode contribuir de forma significativa para o percentual de mortes por DCV, que é a principal causa de morte no país (REVISTA BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2018).

Alguns fatores influenciam na ocorrência da HAS, como a idade, em que a prevalência da HAS em indivíduos acima de 60 anos é cerca de 68% (VII DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2016) e esse fato se dá principalmente pelo envelhecimento natural das artérias. Ademais, o sobrepeso aumenta o risco numa razão de 3,62 para a ocorrência de HAS (CESARINO *et al*., 2008), nesse caso a gênese da hipertensão concentra-se na dislipidemia e aumento da massa corporal. Por último, os resultados revelados pela PNS (Pesquisa Nacional de Saúde), indicam que cerca de 46% dos adultos brasileiros não são suficientemente ativos e, quando comparado aos idosos, esse número é superior, atingindo 62,7% desses indivíduos, o que pode estar relacionando com o sedentarismo como possível agravante da hipertensão.

Diante do exposto, é de extrema importância conhecer possíveis fatores de risco relacionados à HAS para que se possa elaborar mecanismos de controle efetivos e combinadas com educação comunitária e monitoramento desses indivíduos (REVISTA BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2018).

Sendo assim, esse trabalho tem como finalidade relacionar o sedentarismo como importante agravante para as causas de hipertensão, além de avaliar como a idade e sobrepeso influenciam na morbidade e mortalidade dos indivíduos afetados.

2. MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo-retrospectivo, investigativo e de natureza quantitativa, desenvolvido a partir de dados secundários obtidos de registros de

notificações de casos da hipertensão extraídos do Sistema de Informação Epidemiológicas e Morbidade da base DATASUS – Tecnologia da Informação a Serviço do SUS – no período de abril de 2009 a abril de 2013, que ocorreu no estado de Minas Gerais.

As variáveis estudadas foram sedentarismo, idade e sobrepeso, excluindo outros fatores, como tabagismo, doença renal, diabetes, doenças coronarianas, infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral. Além disso, a pesquisa incluiu apenas pessoas entre as idades de 20 a 64 anos. Para a realização desta pesquisa, também realizou-se um levantamento bibliográfico em diferentes bases de dados, tais como a Revista Brasileira de Hipertensão e as publicações da Sociedade Brasileira de Cardiologia acerca dos fatores de risco para HAS.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com o intuito de introduzir a análise do perfil epidemiológico, utilizou-se as variáveis faixa etária, sedentarismo e sobrepeso como fatores de risco para hipertensão.

Segundo a tabela 1, a qual analisa exclusivamente a influência do sedentarismo sobre a hipertensão entre a faixa etária de 20 a 64 anos, observa-se que 18.240 pessoas apresentam HAS, evidenciando que há alguma relação entre sedentarismo e hipertensão. Porém, faz-se necessário a análise de outros dados.

Tabela 1. Indivíduos hipertensos e sedentários residentes de Minas Gerais segundo faixa etária no período de abril/2009 e abril/2013

Faixa Etária	Hipertensão
20 a 24	180
25 a 29	373
30 a 34	734
35 a 39	1.161
40 a 44	1.902
45 a 49	2.751
50 a 54	3.364
55 a 59	3.829
60 a 64	3.946
Total	**18.240**

Fonte: DATASUS, 2020.

A Tabela 2, que exclui sedentarismo e avalia o número de pessoas com hipertensão somente pela faixa etária entre 20 e 64 anos, mostra que 53.821 indivíduos têm HAS. Nesse sentido, é possível alegar que o risco para HAS está associado com o aumento da idade, de modo diretamente proporcional.

Tabela 2. Indivíduos hipertensos e não sedentários residentes de Minas Gerais segundo faixa etária no período de abril/2009 e abril/2013

Faixa Etária	Hipertensão
20 a 24	573
25 a 29	1.103
30 a 34	2.237
35 a 39	3.713
40 a 44	5.984
45 a 49	8.361
50 a 54	9.953
55 a 59	10.972
60 a 64	10.925
Total	**53.821**

Fonte: Dados obtidos do DATASUS, 2020.

A Tabela 3 evidencia que o sobrepeso é um fator que aumenta a chance de desenvolvimento de hipertensão. Em um total de 43.889 pessoas na faixa etária entre 20 e 64 anos, foi constatado que 25.649 pessoas que tinham excesso de peso desenvolveram hipertensão, comparado com 18.240 indivíduos que estavam dentro dos padrões de peso normal e também desenvolveram a doença.

Tabela 3. Indivíduos hipertensos e sedentários residentes de Minas Gerais segundo sobrepeso no período de abril/2019 a abril/2013

Sobrepeso	Hipertensão
Sim	25.649
Não	18.240
Total	43.889

Fonte: Dados obtidos do DATASUS, 2020.

Neste estudo buscou-se verificar os principais fatores de risco na hipertensão, sendo primordial o sedentarismo como agravante. Dessa maneira, faz-se necessário para maior compreensão, entender que o sedentarismo é um hábito de vida que se caracteriza por um baixo nível de atividade física (NANDA International, 2009), sendo imprescindível destacar que esse estilo de vida é considerado o quarto maior fator de risco de mortes no mundo, segundo o Ministério da Saúde (MS, 2019). O sedentarismo também se apresenta como fator preponderante no aumento da ansiedade, estresse emocional e mental crônico, acarretando em modificações significativas no sistema imune, tornando esse mecanismo pró-hipertensivo (USHAKOV *et al.*, 2016). Em análise aos dados, observa-se que o sedentarismo se comporta como fator preponderante quando está associado aos fatores sobrepeso e faixa etária, no entanto não foi possível constatar que é essencial para o desenvolvimento da hipertensão.

Outro fator importante é a faixa etária, um dos fatores de risco para hipertensão, visto que com o avanço da idade ocorre a perda do tecido elástico e deposição de colágeno nos vasos sanguíneos, resultando em um enrijecimento arterial e redução subsequente de sua complacência. Pessoas de idade mais jovem apresentam um risco menor para a patologia da HA também por se encontrarem inseridas por menos tempo no estresse diário do local de trabalho, somada à uma redução do apoio social. Esse fato acarreta no agravo de certa tensão psicossocial do indivíduo, gerando os efeitos deletérios que o estresse no local de trabalho pode implicar na saúde cardiovascular (USHAKOV *et al.*, 2016).

Nas últimas cinco décadas, os índices de sobrepeso cresceram exponencialmente e esse fato se tornou um grande problema de saúde pública, primordialmente devido às mudanças dos hábitos alimentares que ocorreram em meados do século XX. Estudos comprovam que o IMC é um forte preditor da mortalidade geral e o excesso progressivo de peso acarreta no aumento da morbimortalidade da hipertensão (BARTRINA, 2013).

O sobrepeso é uma causa importante para o surgimento da HAS, uma vez que o aumento de massa corporal, principalmente de tecido adiposo, tem como resultado a maximização da resistência periférica total, devido a maior extensão dos vasos pela angiogênese, isso para o suprimento da massa corporal crescente. Em nosso estudo, foi possível relatar que indivíduos com sobrepeso, associado com sedentarismo, têm a chance de desenvolverem hipertensão em 1,4 mais vezes quando comparado aos indivíduos que

não possuem sobrepeso, mas são sedentários. Ainda, uma alimentação baseada em produtos calóricos, açúcar em quantidades elevadas e poucas fibras, que é característica de indivíduos obesos, associa-se a maior deposição de gordura na parede dos vasos sanguíneos, fenômeno conhecido como aterosclerose, cuja consequência é perda da complacência vascular.

4. CONCLUSÃO

Conclui-se, por meio deste capítulo, que o sedentarismo atua como um agravante no desenvolvimento de hipertensão, principalmente quando associado ao sobrepeso e faixa etária. Vale ressaltar a importância de um estilo de vida ativo, não sedentário, com uma alimentação saudável, evitando alimentos ricos em LDL e em carboidratos e dar prioridade a alimentos ricos em HDL, proteínas e com uma taxa moderada de carboidratos, além da maior ingestão de fibras.

Outro fator para HAS é o sobrepeso, cuja análise e comprovação nesse estudo foi de extrema relevância para o desfecho dessa patologia, porém, também, sendo possível de ser amenizado com mudanças na alimentação e estilo de vida. Somando-se a isso, este artigo possibilitou analisar que, independente do sedentarismo e do sobrepeso, o envelhecimento é um fator determinante para o desenvolvimento da hipertensão. Por fim, este artigo mostra a sua importância tendo em vista o estilo de vida atual, que tende a ser cada vez mais sedentário, estressante e menos saudável.

5. REFERÊNCIAS

BARTRINA, J.A. Public health and the prevention of obesity: Failure or success? Nutrición Hospitalaria, v. 28, p. 128, 2013.

CARVALHO, C.J. *et al.* Altas taxas de sedentarismo e fatores de risco cardiovascular em pacientes com hipertensão arterial resistente. Medicina, v. 49, p. 124, 2016.

CESARINO, C.B. *et al*. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto - SP. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 91, p. 31, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Três em cada cem mortes no país podem ter influência do sedentarismo. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45341-tres-em-cada-cem-mortes-no-pais-podem-ter-influencia-do-sedentarismo>. Acesso em: 27 mai. 2020.

North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011. Porto Alegre: Artmed; 2010.

REVISTA BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. Rio de Janeiro: Atha Comunicação e Editora, v. 25, 2018.

REVISTA DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA: VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Rio de Janeiro: SBC - Tecnologia da Informação e Comunicação, v. 107, 2016.

USHAKOV, A.V. *et al*. Psychological Stress in Pathogenesis of Essential Hypertension. Current Hypertension Reviews, v. 12, p. 203, 2016.

CAPÍTULO 14

EPIDEMIOLOGIA DOS ACIDENTES APÍLICOS NO BRASIL

Marcos V T Martins[1], Gilberto H N L Lopes[1], Kaio S Mendonça[1], Caroline C H Alves[1], Caio A de Lima[1], Otavio A F Campos[1], Tatiany Calegari[2], Stefan V de Oliveira[1]

[1] Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia, 308405-320, Uberlândia - MG, Brasil.
[2] Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia, 308405-320, Uberlândia - MG, Brasil.

Palavras-chave: *Abelhas; Acidentes; Epidemiologia.*

1. INTRODUÇÃO

As abelhas, junto com aves e alguns mamíferos, destacam-se entre os principais animais polinizadores, processo essencial para a formação de frutos e sementes. A fauna de polinizadores desempenha importância ímpar na manutenção e perpetuação das comunidades vegetais de múltiplos ecossistemas das regiões tropicais e subtropicais (DOS SANTOS, 2016; MORENO, 2020).

A apicultura representa um destaque brasileiro, principalmente em relação às abelhas africanizadas, cuja introdução no país levou a um crescimento da produtividade (MORENO, 2020), e um notório cenário econômico que gera múltiplos produtos, como própolis, pólen agrícola, geleia real, cera e o próprio comércio de enxames e crias. A apicultura é reconhecida como importante atividade zootécnica e proporciona vantagens socioeconômicas, como diversificação da propriedade e atividade rurais, geração de emprego e renda, além dos benefícios ambientais que estimulam o crescimento da agricultura familiar e consequente o uso mais sustentável de recursos naturais (DOS

SANTOS, 2016). De forma generalizada, é possível afirmar que a introdução da abelha africanizada foi positiva à apicultura brasileira a longo termo (MORENO, 2020).

Apesar das abelhas serem benéficas para plantas e humanos, acidentes com picadas são frequentemente registrados e constituem um problema de saúde pública global (DOS SANTOS, 2016; PUCCA, 2019; OLIVEIRA, 2019). No Brasil, a média anual de incidentes é de aproximadamente 11 mil picadas, de acordo com o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) (DOS SANTOS, 2016), na maioria dos casos afetando homens, mas com incidências gerais e específicas por faixa etária homogêneas no território brasileiro (CHIPPAUX, 2015). Adicionalmente, os casos de envenenamento apresentam severidade e fatalidade elevadas, especialmente em idosos e crianças (OLIVEIRA, 2019; CHIPPAUX, 2015), visto que entre 2001 e 2012 picadas por abelhas representaram 6% de todas as notificações de envenenamento e 9% do total de mortes dentre os casos notificados (CHIPPAUX, 2015).

Nas Américas, após o registro de graves envenenamentos em seres humanos e animais, os acidentes se tornaram preocupação constante (MARTINS, 2018). O aumento nos ataques é explicado pela introdução de abelhas híbridas africanizadas, de comportamento mais agressivo, que se originaram a partir do cruzamento das subespécies do Parlamento Europeu (*Apis mellifera mellifera*) e africana (*Apis mellifera scutellata*) (PUCCA, 2019, MARTINS, 2018). As ocorrências de ataques massivos por abelhas não são raras, e as consequências clínicas estão diretamente relacionadas à quantidade de picadas e a resposta imunológica do indivíduo atacado, além da subespécie das himenópteras envolvidas no ataque (SCHMIDT, 2019). Os casos mais graves são observados em crianças e idosos (CHIPPAUX, 2015) quando ocorrem mais de 500 picadas (OLIVEIRA, 2019). Felizmente, a maioria das abelhas não são agressivas e atacam humanos apenas quando ameaçadas (PUCCA, 2019).

Os sujeitos que são afetados por apenas algumas picadas e aqueles que não tem predisposição alérgica desenvolvem apenas manifestações tópicas e usualmente cuidados de saúde não são necessários (OLIVEIRA, 2019). Contudo, centenas, ou mesmo milhares de picadas, levam a grande quantidade de proteínas do veneno na circulação sanguínea e podem causar reação tóxica (MARTINS, 2018), levando até mesmo a manifestações atípicas como lesões oculares em casos raros (ARCIERI, 2002). Nas reações alérgicas os

indivíduos podem desenvolver grave anafilaxia sistêmica, por hipersensibilidade do tipo I, edema de glote e broncoespasmo após uma única picada (OLIVEIRA, 2019; MARTINS, 2018), sendo que a letalidade altera de acordo com variáveis como idade da vítima, peso, número de picadas, comorbidades e o estado do sistema imune (PUCCA, 2019).

Reações alérgicas sistêmicas podem ser contornadas com tratamento de emergência e imunoterapia específica. Entretanto a taxa real de sucesso varia entre diferentes atendimentos, devido aos estudos não controlados e limitados pelo tamanho da amostra e baixo poder estatístico (MARTINS, 2018). Além da administração dos medicamentos previstos nas diretrizes locais como anti-histamínicos, analgésicos e corticoides, o atendimento é direcionado para resolução das reações anafiláticas presentes, devendo o profissional estar atento às condições como broncoespasmo e choque (ALMEIDA *et al.*, 2011). Vale ressaltar que atualmente não existem antivenenos para tratar casos severos devido à baixa imunogenicidade das proteínas presentes na toxina das abelhas, o que dificulta a ideal imunização em animais a fim de gerar altos títulos de anticorpos plasmáticos (PUCCA, 2019), tornando esses acidentes uma preocupação de saúde pública nas Américas, onde graves envenenamentos foram registrados (MARTINS, 2018).

Dessa forma, a ocorrência de acidentes de diversas gravidades envolvendo humanos, e a consequente responsabilidade para a saúde pública brasileira, justifica a contribuição do atual artigo com o propósito de enriquecer o arsenal epidemiológico disponível para discussão e reflexão de medidas que auxiliem na prevenção e, sobretudo, atendimento dos indivíduos conforme os recursos atualmente disponíveis.

Este estudo tem como objetivo realizar a caracterização do perfil epidemiológico dos casos de acidentes apílicos, com o intuito de fornecer subsídios para a discussão e implementação de medidas que propiciem melhorias na assistência prestada nos sistemas de saúde a nível nacional.

2. MÉTODO

Trata-se de um estudo de natureza epidemiológica realizado com base nos dados disponíveis do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS),

que é alimentado por meio do SINAN. Esse sistema é mantido, majoritariamente, pelas notificações e investigações de doenças e agravos constantes na lista nacional de doenças e agravos de notificação compulsória (Ministério da Saúde, 2016).

A população de estudo é composta por todos os casos de acidentes relacionados com abelhas notificados no Brasil, entre os anos de 2007 a 2019.

Um total de 134001 casos foram selecionados, tendo como critério para a adesão a presença de informações referentes a evolução clínica e como fator de exclusão a ausência de dados de interesse. A coleta de dados ocorreu utilizando o tabulador de dados Tabnet-DATASUS, alimentado pela ficha de notificação e investigação de acidentes por animais peçonhentos do SINAN, que contêm dados referentes ao perfil sociodemográfico e sintomatológicos dos indivíduos envolvidos nos acidentes.

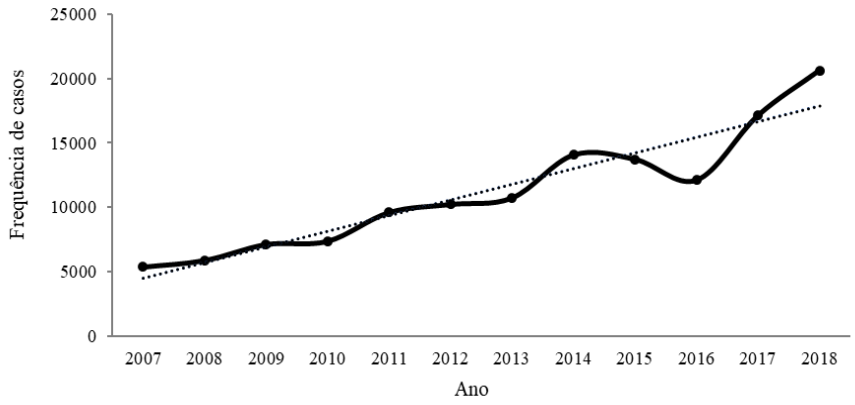
Após a coleta de dados realizou-se a tabulação das informações no software Excel. As variáveis foram agrupadas de acordo a sua adesão a natureza sociodemográfica ou sintomatológica. Nas análises estatísticas considerou-se intervalo de confiança de 95% para todas as razões de prevalência (GREENLAND, 1985). As comparações de média realizadas foram conduzidas considerando desvios padrões de populações desiguais e desconhecidas (WELCH, 1947).

Ressalta-se ainda que os dados utilizados provenientes do DATASUS, plataforma de domínio público, são de natureza secundária o que tornou dispensável a submissão deste estudo ao Comitê de Ética em Pesquisa (GUERRIERO, 2016).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Uma avaliação dos casos ocorridos nesse período indicou uma média anual de 11.160,92 (±24,82) incidências, com uma taxa de crescimento médio de 1,03% (±8,25). Na Figura 1, está representada a distribuição anual dos casos estudados, bem como os ajustes de curva para o comportamento das notificações.

Figura 1. Distribuição dos acidentes apílicos no Brasil (2007 a 2019), segundo o ano de ocorrência, notificados no SINAN



Fonte: Sinan-Net, 2007-2018.

Quando analisada a distribuição dos casos ao longo do ano, constatou-se que a maioria das ocorrências foram no verão, 31,75% (±0,13) do total registrado, com destaque para o mês de janeiro, que acumulou o maior número de episódios. Nas Tabelas 1 e 2 é observada a distribuição dos casos de acordo com as estações do ano e meses, bem como as respectivas razões de prevalência e intervalos de confiança.

Os dados do SINAN evidenciam maior ocorrência dos acidentes nos meses mais quentes do ano. Este fato se explica pelo comportamento das abelhas, que apresentam maior atividade em períodos de elevadas temperaturas, aumentando as enxameações das colmeias, o que acarreta em uma maior movimentação de abelhas em áreas rurais e urbanas, o que contribui para uma maior taxa de acidentes (MELLO, 2003). O estudo de Mello, 2003, em concordância com os resultados obtidos, demonstra a influência do clima e da baixa pluviosidade na reprodução e enxameamento das colônias de abelhas africanizadas que se instalam em locais comuns da paisagem urbana como buracos em paredes, árvores, interiores de caixas, entre outros, amplificando o risco de um acidente.

Tabela 1. Distribuição dos acidentes apílicos no Brasil (2007 a 2019), segundo a estação do ano de ocorrência, notificados no SINAN

Estação do Ano	Número de Notificações	Razão de Prevalência (%)	IC (95%)
Outono	26923	20,092	±0,109
Inverno	26697	19,923	±0,109
Primavera	37841	28,239	±0,123
Verão	42540	31,746	±0,127

Fonte: Fonte: Sinan-Net, 2007-2019.

Tabela 2. Distribuição dos acidentes apílicos no Brasil (2007 a 2019), segundo o mês do ano de ocorrência, notificados no SINAN

Mês	Número de Notificações	Razão de Prevalência (%)	IC (95%)
Janeiro	15002	11,195	±0,086
Fevereiro	14119	10,536	±0,084
Março	13419	10,014	±0,082
Abril	10704	7,988	±0,074
Maio	8689	6,484	±0,067
Junho	7530	5,619	±0,063
Julho	7367	5,498	±0,062
Agosto	8684	6,481	±0,067
Setembro	10646	7,945	±0,074
Outubro	12273	9,159	±0,079
Novembro	12173	9,084	±0,079
Dezembro	13395	9,996	±0,082

Fonte: Sinan-Net, 2007-2019.

A avaliação dos casos quanto a classificação de gravidade dos acidentes, evidenciou um cenário em que 88,50% (±0,09) das notificações corresponderam a manifestações leves, 10,58% (±0,09) moderadas e 0,92% (±0,03) graves. Ressalta-se que óbitos diretamente associados aos agravos destes acidentes foram constatados em 0,30% (±0,02) dos episódios e, devido a outras complicações, em 0,02% (±0,01).

A gravidade do quadro clínico de um acidente apílico depende da quantidade de picadas, região do corpo afetada e resposta imunológica (OLIVEIRA, 2019; DA SILVA, 2019; BRASIL, 2005) Podem ocorrer manifestações clínicas alérgicas e tóxicas (DA SILVA, 2019; BRASIL, 2005). Reações alérgicas, que acontecem pelo fenômeno de

hipersensibilidade, assim como reações tóxicas, que evoluem para o quadro de uma síndrome de envenenamento com a liberação de grande quantidade de mediadores inflamatórios, podem ocorrer (ALMEIDA *et al*, 2011; DA SILVA, 2019; BRASIL, 2005). É importante notar que as reações alérgicas associadas às picadas podem ocorrer com a inoculação de um único contato e que é possível, inclusive, a evolução para um quadro mais grave com edema de glote, broncoespasmo e choque anafilático e, consequentemente, o óbito (OLIVEIRA, 2019; ALMEIDA *et al*, 2011; DA SILVA, 2019). Felizmente, os óbitos associados foram constatados em apenas 0,30% dos episódios apílicos.

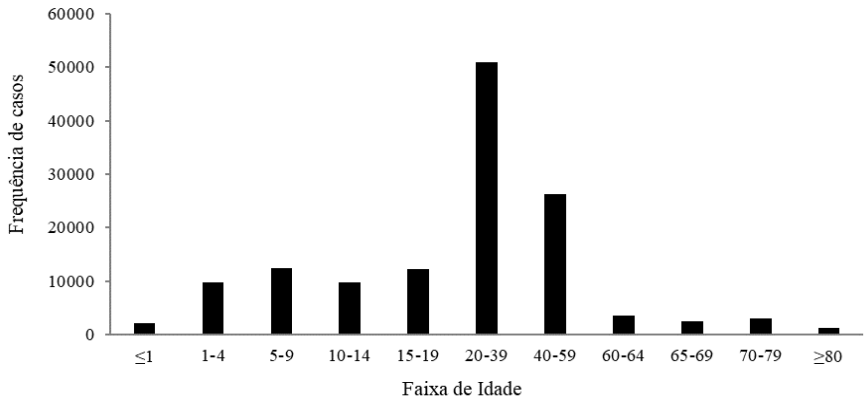
Se a reação tóxica ocorrer, pode ser sucedida de complicações graves como insuficiência renal, anemia e depressão respiratória. Menos de 1% dos casos obtidos pelo SINAN foram registrados como óbito devido a outras causas e, dentre os 134.001 casos analisados, 88,5% dos casos estudados foram declarados como leves e 11,5% correspondem aqueles que as manifestações não foram leves, sendo elas moderadas e graves. Tais valores são corroborados por estudos regionais prévios, havendo 13,62% de casos não leves em Minas Gerais (DA SILVA, 2019), 18,74% em Campina Grande – PA (LINARD, 2014), 8,4% em Mossoró – RN (SOUSA, 2019), 17,6% na macrorregião Norte (LOPES, 2017) e Chippaux (2015) determinou tal taxa no intervalo de 10 a 20% para todas as macrorregiões. Dessa forma, os resultados do trabalho realizado, em concordância com estudos anteriores, indicam uma porcentagem relativamente grande das notificações envolvendo casos de gravidade elevada, mantida por todo o período.

A média de idade para os casos registrados foi de 29,82 (±0,02) anos e os números de notificações em faixas etárias elevadas e mais baixas foram significativamente reduzidos. Na Figura 2 é possível observar a distribuição do número de casos de acordo com a faixa de idade.

A faixa de 20-39 anos, seguida de 40-59 anos foram as mais acometidas. Outras faixas de idade apresentaram frequências significativamente reduzidas. Tais dados refletem um perfil semelhante ao encontrado em outro trabalho, no qual indivíduos entre 20 e 59 anos estão mais expostos, principalmente ao desempenharem atividades relacionadas a agricultura e construção civil (LINARD, 2014). Dados análogos justificam tal ocorrência neste grupo etário por estar em plena atividade e mais exposto a acidentes

(SOUSA, 2013). Em outro trabalho, no entanto, a faixa etária mais acometida foi de 0 - 19 anos, mas seguida das faixas etárias supracitadas (OLIVEIRA, 2019).

Figura 2. Distribuição dos acidentes apílicos no Brasil (2007 a 2019), segundo a faixa de idades, notificados no SINAN



Fonte: Sinan-Net, 2007-2018.

Constatou-se o predomínio da população caucasiana, que foi identificada em 56,35% (±0,15) das notificações, e do sexo masculino, observado em 63,61% (±0,13) dos casos registrados. A distribuição por etnia pode ser observada na Tabela 3.

A população do sexo masculino apresentou maior frequência nos acidentes com abelhas. Essa ocorrência se deve a condição laboral, visto que os homens estão mais associados com atividades profissionais relacionadas à agrícola, engenharia civil, pecuária, extrativismo e apicultura, que os predispõe a acidentes com abelhas (OLIVEIRA, 2019; DOS SANTOS, 2015).

A população caucasiana apresentou predomínio quanto aos casos notificados, representando 56% dos casos. Esse valor é elevado em relação aos dados da distribuição étnica brasileira de caucasianos, que nos últimos censos de 2000 e 2010 variou negativamente de 52% a 47,7% (IBGE, 2020). Indígenas apresentaram incidência semelhante à distribuição étnica no território, enquanto demais etnias estavam sub-representadas. Esse acontecimento possivelmente se deve os estados de São Paulo (21,33% dos casos), Minas Gerais (15,24%) e Paraná (10,98%) e Santa Catarina (7,17%), que, em conjunto, acumulam mais da metade dos acidentes apílicos no território nacional e cuja população é majoritariamente caucasiana. Ao analisar a prevalência de casos junto

à distribuição étnica de cada estado, os valores de incidência por etnia são próximos à distribuição étnica dos estados. Isso é corroborado por trabalhos prévios de análise epidemiológica de acidentes apílicos nos estados de Minas Gerais (DA SILVA, 2019) e Santa Catarina (OLIVEIRA, 2019), que obtiveram resultados similares.

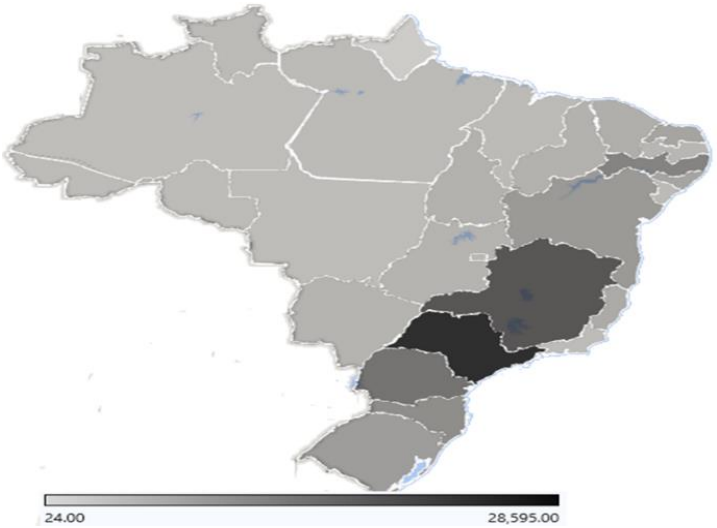
Os estados de São Paulo, Minas Gerais e Paraná foram os mais prevalentes nas fichas de notificações, correspondendo respectivamente a 21,33% (±0,11), 15,24% (±0,10) e 10,98% (±0,09) do total de ocorrências. Na Figura 3 está ilustrada a distribuição de casos por estados, sendo o tom de cinza proporcional ao número de notificações registradas.

Tabela 3. Distribuição dos acidentes apílicos no Brasil (2007 a 2019), segundo a etnia, notificados no SINAN

Etnia	Número de Notificações	Razão de Prevalência (%)	IC (95%)
Branca	62610	56,346	± 0,149
Preta	4865	4,378	± 0,061
Amarela	749	0,674	± 0,025
Parda	42445	38,198	± 0,146
Indígena	448	0,403	± 0,019

Fonte: Sinan-Net, 2007-2019.

Figura 3. Distribuição dos acidentes apílicos no Brasil (2007 a 2019), segundo a unidade da federação, notificados no SINAN



Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

Quando comparados os números de notificações realizadas em um dado território com a quantidade de casos que ocorreram no mesmo, não se observou diferenças significativas nesses valores. Na Tabela 5, estão listados os números de notificações realizadas para todas as unidades da federação.

Tabela 4. Distribuição dos acidentes apílicos no Brasil (2007 a 2019), segundo a unidade da federação, notificados no SINAN

	Notificações realizadas		
Unidade da Federação	**Número de casos**	**Razão de Prevalência (%)**	**IC (95%)**
Rondônia	769	0,574	±0,021
Acre	727	0,543	±0,020
Amazonas	339	0,253	±0,014
Roraima	784	0,585	±0,021
Pará	893	0,666	±0,022
Amapá	24	0,018	±0,004
Tocantins	2493	1,860	±0,037
Maranhão	784	0,585	±0,021
Piauí	2521	1,881	±0,037
Ceará	3161	2,359	±0,041
Rio Grande do Norte	4981	3,717	±0,052
Paraíba	1519	1,134	±0,029
Pernambuco	11591	8,650	±0,077
Alagoas	4922	3,673	±0,051
Sergipe	900	0,672	±0,022
Bahia	7256	5,415	±0,062
Minas Gerais	20427	15,244	±0,098
Espírito Santo	3909	2,917	±0,046
Rio de Janeiro	672	0,501	±0,019
São Paulo	28595	21,339	±0,112
Paraná	14717	10,983	±0,085
Santa Catarina	9606	7,169	±0,070
Rio Grande do Sul	6524	4,869	±0,059
Mato Grosso do Sul	2172	1,621	±0,034
Mato Grosso	555	0,414	±0,018
Goiás	2051	1,531	±0,034
Distrito Federal	1109	0,828	±0,025

Fonte: Sinan-Net, 2007-2019.

Foi observado que 99,91% (±0,02) das notificações eram referentes a indivíduos sem nenhuma escolaridade. Constatou-se apenas 0,04% (±0,02) de indivíduos que possuíam entre quatro e sete anos de estudo e 0,05% (± 0,02) com 12 anos ou mais.

O número de indivíduos sem nenhuma escolaridade corresponde a aproximadamente de 99,91% das notificações. Na literatura foi encontrado elevado percentual de casos registrados como branco ou ignorados (DA SILVA, 2019; DOS SANTOS, 2015), o que pode ser indicativo de subnotificação ou preenchimento incorreto dos formulários. Artigos que analisaram a mesma temática por vezes não apresentaram os dados relacionados à escolaridade (LINARD, 2014; SOUSA, 2013). Dessa forma, a ocorrência dos acidentes e sua associação com o grau de escolaridade não foi passível de identificação.

Em relação a distribuição espacial dos casos, notou-se um maior número de notificações nas regiões Sudeste e Nordeste, 40,00% (±0,13) e 28,09% (±0,12) do total registrado, respectivamente. A Tabela 4 exibe como estão distribuídas as ocorrências por macrorregião.

As regiões com maior número de notificações foram a Sudeste e a Nordeste, correspondendo a 40,00% e 28,09% do total registrado no estudo, respectivamente. A alta ocorrência de notificações decorre como consequência da introdução e desenvolvimento da apicultura no Brasil (ROCHA, 2008). Historicamente as regiões de São Paulo, Minas Gerais e Paraná possuem grande concentração de apiários que, ao longo dos anos, sofreram ampliações para atingir as demandas econômicas (TERÇAS, 2017; SEBRAE, 2011).

Tabela 5. Distribuição dos acidentes apílicos no Brasil (2007 a 2019), segundo a macrorregião do país, notificados no SINAN

Região	Número de Notificações	Razão de Prevalência (%)	IC (95%)
Norte	6029	4,499	±0,057
Nordeste	37635	28,086	±0,123
Centro-Oeste	5887	4,393	±0,056
Sudeste	53603	40,002	±0,134
Sul	30847	23,020	±0,115

Fonte: Sinan-Net, 2007-2019.

Na maioria dos casos, 46,11% (±0,15), o tempo decorrido entre o acidente e o atendimento foi inferior a uma hora. Os casos em que esse tempo foi superior a um dia

corresponderam a 11,96% (±0,10). Os demais dados referentes ao tempo de atendimento estão disponíveis na Tabela 6.

A partir dos dados obtidos pelo SINAN, constatou-se que 46,11% dos acidentes foram atendidos em unidades de saúde com tempo inferior a uma hora e 68,88% em até três horas, valores próximos aos encontrados pela maioria dos artigos regionais presentes na literatura. Foram atendidos em menos de uma hora, 45,82% dos casos em minas gerais (DA SILVA, 2019), 35.2% em Santa Catarina (OLIVEIRA, 2019), 33% no município de Mossoró, no Rio Grande do Norte (SOUSA, 2013), 40,8% na região Norte como um todo (LOPES, 2017) e Chippaux (2015), que, em sua análise, determinou que a porcentagem dos casos atendidos em menos de três horas oscilou entre 60 a 75% nas macrorregiões brasileiras. Como única exceção estatisticamente significante, em Campina Grande, na Paraíba, (LINARD, 2014), onde apenas 22% dos casos foram atendidos em menos de uma hora. Isso se justifica pela elevada quantidade de relatos sem menção do tempo de atendimento, pois 38,1% das notificações analisadas no trabalho não informaram o tempo de espera para o atendimento (LINARD, 2014).

Este fato pode ser explicado em relação ao local dos acidentes que aconteceram na sua maioria em área urbana, facilitando o atendimento às demandas de saúde e reduzindo o tempo do traslado ao pronto-socorro. Ademais, os acidentes que evoluíram ao óbito foram majoritariamente rurais, na literatura pesquisada (DA SILVA, 2019; LINARD, 2014), o que corrobora com a hipótese levantada. Outra hipótese interessante, é que a população urbana pode ter mais contato com atividades de conscientização sobre a importância dos cuidados médicos precoces, como investigado em Santa Catarina (OLIVEIRA, 2019), o que diminuiria a probabilidade de pior prognóstico.

Tabela 7. Distribuição dos acidentes apílicos no Brasil (2007 a 2019), segundo o tempo decorrido até o atendimento, notificados no SINAN

Tempo de atendimento	Número de Notificações	Razão de Prevalência (%)	IC (95%)
0 a 1 horas	53029	46,113	±0,147
2 a 3 horas	26179	22,765	±0,124
4 a 6 horas	8507	7,398	±0,077
5 a 12 horas	4153	3,611	±0,055
13 a 24 horas	9381	8,158	±0,081
> 24 horas	13748	11,955	±0,096

Fonte: Sinan-Net, 2007-2019.

4. CONCLUSÃO

Estudos realizados abordando acidentes apílicos, por meio de dados provenientes do DATASUS, têm indicado que ainda é necessária uma maior atenção dos profissionais de saúde no preenchimento das fichas de notificação, visto que informações, tais como escolaridade, estão subnotificadas, impedindo uma compreensão mais aprofundada do perfil do acidentado.

É importante ressaltar que as análises epidemiológicas contidas nesse estudo são de utilidade pública, pois traçam o panorama geral dos acidentes com abelhas no país. Por meio delas, é possível notar a necessidade de se desenvolver novas estratégias com foco na proteção de trabalhadores, devido à alta incidência em homens em idade produtiva. Além disso, conferem a possibilidade de subsidiar a elaboração de diretrizes para o atendimento rápido e eficaz nas regiões onde os acidentes são mais frequentes. Por fim, menciona-se também que tais estudos permitem o melhor entendimento dos gestores sobre as necessidades de orientação para a população, a fim de evitar novas ocorrências.

5. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R.A.M.B. *et al*. Picadas de abelhas africanizadas: como tratá-las? Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, v. 44, p. 755, 2011.

ARCIERI, E.S. *et al*. Ocular lesions arising after stings by hymenopteran insects. Cornea, v. 21, p. 328, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de vigilância epidemiológica: manual de diagnóstico e tratamento de acidentes por animais peçonhentos. 2. ed. Brasília, DF: Fundação Nacional de Saúde, 2005. Acesso em: 22 mai. 2020.

CHIPPAUX, J-P. Epidemiology of envenomations by terrestrial venomous animals in Brazil based on case reporting: from obvious facts to contingencies. Journal of venomous animals and toxins including tropical diseases, v. 21, p. 1, 2015.

DA SILVA, W.N.T. *et al*. Perfil epidemiológico dos acidentes causados por picadas de abelhas no estado de Minas Gerais, Brasil. Revista Saúde e Meio Ambiente, v. 9, p. 50, 2019.

DOS SANTOS SOUSA, G. *et al*. Epidemiologia e distribuição espacial de acidentes por abelhas no estado do Ceará, 2003 a 2011. SaBios-Revista de Saúde e Biologia, v. 10, p. 75, 2015.

DOS SANTOS, A.M.M & MENDES, E.C. Abelha africanizada ("Apis melífera" L.) em áreas urbanas no brasil: necessidade de monitoramento de risco de acidentes. Revista Sustinere, v. 4, p. 117, 2016.

GREENLAND, S. & ROBINS, J.M. Estimation of a common effect parameter from sparse follow-up data. Biometrics, v. 41, p. 55, 1985.

GUERRIERO, I.C.Z. Resolução nº 510 de 7 de abril de 2016 que trata das especificidades éticas das pesquisas nas ciências humanas e sociais e de outras que utilizam metodologias próprias dessas áreas. Ciência & Saúde Coletiva, v. 21, p. 2619, 2016.

IBGE. Sistema IBGE de Recuperação Automática – SIDRA. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/3175#resultado.>. Acesso em: 22 mai. 2020.

LINARD, A.T.S. *et al.* Epidemiology of bee stings in Campina Grande, Paraíba state, Northeastern Brazil. Journal of Venomous Animals and Toxins Including Tropical Diseases, v. 20, p. 13, 2014.

LOPES, A.B. *et al*. Perfil epidemiológico dos acidentes por animais peçonhentos na região norte entre os anos de 2012 e 2015. Revista de Patologia do Tocantins, v. 4, p. 36, 2017.

MARTINS, A. & JUNIOR, M.RB. Acidentes com animais peçonhentos da ordem hymenoptera (abelhas e vespas): principais complicações em países da América Latina e Caribe. Brazilian Journal of Health Review, v. 1, p. 220, 2018.

MELLO, M.H.S.H. *et al.* Abelhas africanizadas em área metropolitana do Brasil: abrigos e influências climáticas. Revista de Saúde Pública, v. 37, p. 237, 2003.

Ministério da Saúde (MS). Sistema de informação de Agravos de Notificação (SINAN). Acidentes por Animais Peçonhentos. Brasília: MS; 2016. 2p. Disponível em: http://portalsinan.saude.gov.br/acidente-por-animais-peconhentos. Acesso em: 26 mai. 2020.

MORENO REATEGUI, J.A. The introduction of the Africanised honey bee: A stinging menace or a blessing of the Americas? Dissertação (Rural Development and Natural Resource Management). - Journal Health NPEPS, Uppsala, 2020. Disponível em: <https://stud.epsilon.slu.se/15457/1/moreno_reategui_j_a_200331.pdf>. Acesso em: 21 mai. 2020.

OLIVEIRA, S.K. *et al*. Honey bee envenoming in Santa Catarina, Brazil, 2007 through 2017: an observational, retrospective cohort study. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, v. 52, 2019.

PUCCA, M.B. *et al.* Bee updated: Current knowledge on bee venom and bee envenoming therapy. Frontiers in immunology, v. 10, p. 2090, 2019.

ROCHA, J.S. Apicultura, Manual Técnico 05. Programa Rio Rural, Niterói–RJ. 27f, 2008.

SCHMIDT, J.O. Pain and lethality induced by insect stings: An exploratory and correlational study. Toxins, v. 11, p. 427, 2019.

SEBRAE. Apicultura, Boletim Epidemiológico do Agronegócio, Recife, maio 2011. Disponível em: <https://www.sebrae.com.br/Sebrae/Portal%20Sebrae/Anexos/boletim-apicultura.pdf.>. Acesso em: 22 mai. 2020.

SOUSA, R. dos S. *et al.* Aspectos epidemiológicos dos acidentes ofídicos no município de Mossoró, Rio Grande do Norte, no período de 2004 a 2010. 2013. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/6515>. Acesso em: 19 mai. 2020.

TERÇAS, A.C.P. *et al*. Aspectos epidemiológicos dos acidentes por picada de abelha africana. Journal Health NPEPS, v. 2, p. 58, 2017.

WELCH, B.L. The generalization of student's' problem when several different population variances are involved. Biometrika, v. 34, p. 28, 1947.

CAPÍTULO 15

CUIDADOS GESTACIONAIS: IMUNIZAÇÃO E ORIENTACÕES PARA MÃES E O BEBÊ – RELATO DE EXPERIÊNCIA

Carlyne A de Sousa[1], Edilany A Lima[1], FranciscoG A F Júnior[1], Yara C V M Farias[1], Larissa M Machado[1], Cibele M dos Santos[1], Sara C Eloia[7]

[1] Discente de Enfermagem, Centro Universitário Inta- Uninta, Sobral/CE.
[2] Docente de Enfermagem, Centro Universitário Inta – Uninta, Sobral/CE.

Palavras-chave: *Imunização; Gestante; Vacina.*

1. INTRODUÇÃO

A gravidez e a amamentação ajudam proteger a criança até ela poder começar a vacinação infantil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). Nesse contexto, científico-teórico-prático as mulheres gestantes tornam-se protetoras do filho ainda no ventre, e seu Sistema imunológico ganha reforço e manutenção para ajudar a prevenir o feto de complicações e para que se evite má formações ou até mesmo abortos, como é uma das consequências de algumas doenças infecciosas, como por exemplo: Coqueluche.

O objetivo desse estudo é relatar a importância da vacinação de mães gestantes, em uma intervenção de educação em saúde por acadêmicos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde.

2. MÉTODO

O estudo trata-se de um relato de experiência vivenciada por acadêmicos do curso de graduação em Enfermagem em uma Unidade Básica de Saúde do município de Sobral,

Ceará, no período de maio de 2018. Participaram da ação mães e pais, agentes comunitários de saúde e acadêmicos de Enfermagem, totalizando 20 participantes.

O momento foi composto pela apresentação dos acadêmicos e a explanação dos conteúdos relacionados à importância da imunização e os objetivos de cada vacina. Em seguida, realizou-se um jogo de perguntas e respostas sobre a temática. Quem acertasse, andava as casas de acordo com a numeração do dado, até chegar à linha de vencedor. Em um terceiro momento, retiraram-se as dúvidas quanto à temática e se finalizou com um lanche. Foi colocada uma música em volume ambiente para tornar o momento descontraído.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante a intervenção educativa, observou-se que uma pequena parte dos participantes sabia da importância da imunização. As gestantes acreditavam que não haveriam riscos se não fizessem uso das vacinas. Além disso, ficou evidente que as precauções e cuidados quanto à imunização são temas que devem ser abordados mais vezes, devido os grandes riscos a qual esse público está exposto.

O momento na qual foi utilizado para a aplicação da intervenção educativa, permitiu uma maior participação e o entrosamento entre as gestantes, favorecendo a troca de experiências vivenciadas entre elas. Ressalta-se também que as atividades de Educação em Saúde aproximam a população da equipe multiprofissional da Unidade Básica de Saúde, facilitando e promovendo momentos de promoção e prevenção de adoecimentos evitáveis, diante das vulnerabilidades encontradas na área na qual a equipe é responsável, dentro do contexto de territorialização.

Nessa perspectiva surge a oportunidade de os acadêmicos de Enfermagem atuarem e colocarem em prática o que é abordado de forma teórica nas aulas e aproximam profissional e paciente, na intenção de intervirem em momentos oportunos, de acordo com o conhecimento de dados científicos e reais a cada caso dentro das limitações dos acadêmicos.

4. CONCLUSÃO

Foi possível identificar o papel relevante do enfermeiro associado aos cuidados primários, a fim de promover o conhecimento e orientação desse público e evitar complicações durante a gestação. A intervenção educativa se mostrou muito eficaz para a discussão dessas informações, além de ter aproximado os acadêmicos dos conteúdos ministrados em sala de aula e a realidade das mulheres gestantes.

5. REFERÊNCIAS

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Blog da Saúde:Vacinação durante a gravidez: proteção para a mãe e para o bebê. Ministério da saúde, 2015. Disponível em <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/entenda-o-sus/50167-vacinacao-durante-a-gravidez-protecao-para-a-mae-e-para-o-bebe>. Acesso em: 24 mai. 2020.

CAPÍTULO 16

O PERFIL DO IDOSO COM HIV NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL: UMA PERSPECTIVA PARA A GESTÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Camila F Ross[1], Eliana M Lazzarotto[1], Marlise Taminski[1], Luciana G Siqueira[1], Angel R F Luiz[2]

[1] Acadêmica de Biomedicina, Centro Universitário Leonardo da Vinci, Porto Alegre/RS.
[2] Biomédico e Professor, Centro Universitário Leonardo da Vinci, Porto Alegre/RS.

Palavras-chave: *HIV; Idosos; Rio Grande do Sul.*

1. INTRODUÇÃO

A população brasileira de idosos vem aumentando significativamente, indicando grandes desafios a serem enfrentados, pois é estimado que o Brasil venha a ter cerca de 30 milhões de pessoas com idade entre 60 anos ou mais da população total (15%) (AREOSA,2012). Estas mudanças na dinâmica demográfica definem-se por uma queda brusca nos níveis de fecundidade e diminuição da mortalidade (SIMÕES, 2016).

Conforme o Censo Demográfico (IBGE,2010), o número de idosos do sexo masculino soma 9.156.112 (5%) e o do sexo feminino, 11.434.487 (6%). Atualmente, no Rio Grande do Sul, este aumento ainda é mais acentuado, uma vez que a proporção de idosos sempre foi superior à média brasileira. O percentual da população de idosos do RS é de 13,6% sendo o estado com maior proporção de pessoas com mais de 60 anos, e Porto Alegre constitui a capital com mais idosos (15,04%) (IBGE, 2010).

Ao deparar-se com o processo de envelhecimento, sendo este uma construção social e cultural associada a processos biológicos, e que o desequilíbrio destes fatores

pode resultar em doenças físicas e mentais, percebe-se a importância do estudo desta população peculiar como estratégica à atenção primária e especializada, no que diz respeito ao impacto que causa na saúde pública. Acerca do envelhecimento, Matheus Papaléo Netto (1996, p. 42) afirma:

> O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam a perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte.

Os médicos apresentam uma percepção desatualizada sobre o HIV e a sexualidade do idoso, potencializando situações de risco no manejo e levando ao diagnóstico tardio (ALENCAR & CIOSAK, 2016). Destaca-se também, dois grupos de pacientes: os que têm diagnóstico após os 60 anos; e os idosos que tiveram diagnóstico numa idade jovem e estão convivendo com a infecção (MAHMUD, 2018).

Em 2015, Porto Alegre era a segunda cidade do estado do Rio Grande do Sul quanto à taxa de detecção de AIDS, sendo de 74/100.000 habitantes. E, em primeiro lugar, o município de Charqueadas, com 83,6/100.000 habitantes. Os dados mostravam também, que pessoas com mais de 55 anos tiveram um crescimento de 19 em 2007 para 326 casos em 2015, continuando em ascensão com 364 casos em 2016, e 132 até junho de 2017, segundo dados da terceira edição do Boletim Epidemiológico HIV/AIDS (RIO GRANDE DO SUL, 2018).

O objetivo deste trabalho é identificar os fatores que contribuem para que o Estado do Rio Grande do Sul continue com um progressivo crescimento de casos notificados de HIV na população acima de 60 anos.

2. MÉTODO

Para mostrar as características da população idosa e regiões onde ocorre o maior aumento de casos notificados de HIV no Estado, foi necessário utilizar uma combinação de dois métodos: comparativo e estatístico.

Em primeiro momento, foi feita a análise quantitativa dos dados das cidades do Estado do RS dos anos de 2016 a 2019, utilizando os dois métodos, comparando as

diferenças e particularidades dos índices de incidência da doença, utilizando os números de casos na faixa etária dos 60 anos ou mais, nos agrupamentos de cidades por região.

Em todo o transcurso da análise é possível observar o uso da transversalidade de diferentes pesquisas. Segundo Gil, (1989, p. 46), "Pesquisas exploratórias são desenvolvidas com o objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato." Já a pesquisa descritiva, estuda as características de determinada população através de coleta de dados. A pesquisa explicativa também foi usada neste trabalho, pois identifica fatores que contribuem para a ocorrência do fenômeno.

Foram estudadas as 30 Regiões de Saúde instituídas pela Resolução nº 555/2012 da Comissão Intergestores Bipartite do Estado. Os dados foram extraídos de fontes de domínio público. O IBGE forneceu as características da população das cidades do Estado (DATASUS - número da população residente em agrupamentos de cidades com 50.000 mil habitantes ou mais), que foram cruzados com os dados de HIV retirados do SINAN e SISCEL (sexo e idade). O SINAN nos forneceu os dados brutos das notificações de HIV nas regiões, enquanto o SISCEL apresentou os casos notificados que estão em acompanhamento com antirretroterapia.

Os dados numéricos foram analisados através do método estatístico descritivo, montando tabelas com agrupamento de cidades que mostram a incidência de HIV naquela região de saúde do RS, no período de 2016 a 2019, dentro da faixa etária de 60 anos ou mais. As tabelas mostraram os números de HIV em cada região, no período de quatro anos, calculadas pela população da respectiva faixa etária apresentada em uma tabela. O cálculo foi feito utilizando porcentagem, com a população da faixa etária especifica por 100.000 habitantes.

Um gráfico fez um comparativo do índice de HIV dentro do período dos quatro anos nas regiões de saúde, por sexo. Com isso, foi feita uma análise para verificarmos se os objetivos e metas estão de acordo com os dados coletados. Desta maneira, foi possível explorar o material para que se alcance a compreensão do texto. Por último, com as principais características das regiões mais afetadas e os dados obtidos, foi feito um mapa cuja interpretação inferiu nos objetivos pré-definidos identificando novas dimensões teóricas.

Neste estudo, os dados utilizados foram retirados de bases secundárias, de domínio público. Em todo o trabalho, foram respeitadas as normas de formatação da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) vigentes no ano de 2019. Não foi necessário envio ao comitê de ética por se tratar desse tipo de coleta de dados.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No Brasil, o censo mostra quase 20 milhões de brasileiros com mais de 60 anos, tendo um aumento na média de expectativa de vida para 76,25 anos, e a taxa de fecundidade reduzida para 1,77 criança por mulher em idade fértil em 2018, segundo o IBGE. Além disso, a taxa de natalidade reduziu para 14,41 (nascidos vivos/mil habitantes), e a de mortalidade teve uma pequena elevação para 6,47 (óbitos/mil hab.) (IBGE, 2018) neste mesmo ano, mostrando transformações demográficas, com alteração significativa na taxa de mortalidade e de fecundidade, também apresentando envelhecimento em crescimento na população.

Na última década, a faixa etária de 65 anos cresceu 49%, e a faixa de mais de 90 anos aumentou em 65% (AREOSA, 2012). O Rio Grande do Sul tem a maior proporção de idosos (13,6%), e a capital Porto Alegre possui 15,04% do total da população do estado segundo IBGE, 2010. A expectativa de vida em média é de 78,29 anos no geral, homens (74,91), e mulheres (81,58). Além disso, a taxa de natalidade do estado é de 12,61 (nascidos vivos/1000 hab.), bem como a de mortalidade é de 7,11 (óbitos/1000 hab.), e a taxa de fecundidade é de 1,68 filhos para cada mulher em idade fértil, em 2018 (IBGE). O HIV não atinge apenas os jovens, sendo registrado um aumento significativo da doença entre a população da terceira idade. Segundo dados do Ministério da Saúde, 0,04% da população acima de 65 anos é portadora do vírus HIV, o que significa que 5.500 idosos tem a doença no Brasil.

Atualmente, os idosos estão tendo uma vida sexual ativa com os tratamentos e medicamentos para impotência. Esses fatores somados à deficiência de informações sobre o HIV elevam os índices de transmissão do vírus. Em referência ao uso de preservativos, alguns autores publicaram que o idoso tem resistência, tanto devido ao desconhecimento de seu uso, como pelo medo de perder a ereção (BRITO *et al*., 2016). Verificando que,

existem circunstâncias que os expõem à vulnerabilidade de contrair o HIV, independente de grupo de risco. (CERQUEIRA, 2014; LAZZAROTTO *et al*., 2008).

Percebeu-se que, na faixa de 60 anos ou mais, nas regiões 4, 6 e 13 (Tabela 1) houve um crescimento contínuo do número de casos de HIV nesta população. As regiões 1, 2, 3, 10 e 14 são as que estão em declínio nos casos da doença. As regiões que mantêm um número alto de casos, mesmo diminuindo em 2019, são a 5 e 29. Outras regiões como as 7, 9, 16, 19, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 28 tiveram dados muito altos em 2016, diminuindo bastante no último ano. A região 12, com números altos de casos no ano de 2014, após ter aumentado muito nos anos de 2016 em diante, zerou em 2019. Nas regiões 8 e 15 houve diminuição dos casos, aumentou novamente em 2018, e estabilizou em 2019. As regiões 17, 18, 20 e 24 se mantêm estáveis nos quatro anos. As regiões 11 e 30 fornecem dados de notificação apenas em 2018, ficando os outros anos zerados.

Tabela 1. Taxa de incidência de HIV por região de saúde e por ano, em faixa etária (SINAN) população de 60 anos em diante, RS, 2016-2019

REGIÕES	[1]INCIDÊNCIA DE HIV/ANO			
	2016	2017	2018	2019
1 Verdes Campos	19,03	25,37	14,27	1,59
2 Entre-Rios	4,83	4,83	0	0
3 Fronteira Oeste	6,22	6,22	3,11	0
4 Belas Praias	0	5,39	10,78	16,17
5 Bons Ventos	9,37	9,37	18,75	12,5
6 Vale do Paranhana e CostaSerra	16,65	0	4,16	16,65
7 Vale dos Sinos	19,15	17,87	24,26	8,94
8 Vale do Caí e Metropolitana	18,92	4,73	14,19	13,01
9 Carbonífera/ Costa Doce	12,2	10,16	14,23	8,13
10 Capital e Vale do Gravataí	35,38	26,03	29,37	18,36
11 Sete Povos das Missões	0	0	2,29	0
12 Portal das Missões	4,52	9,04	18,09	0
13 Região da Diversidade	0	5,85	0	12,92
14 Fronteira Noroeste	16,27	2,71	8,14	5,42
15 Caminho das Águas	13,99	7	10,5	13,5
16 Alto Uruguai Gaúcho	2,78	5,56	2,78	0
17 Planalto	11,76	13,72	13,72	13,72
18 Araucárias	0	14,91	0	14,72
19 Botucaraí	0	18,09	6,3	0
20 Rota da Produção	4,21	4,21	4,21	0
21 Sul	10,08	9,3	17,83	6,2

22 Pampa	22,65	26,43	3,78	0
23 Caxias e Hortênsias	11,59	14,9	18,21	8,28
24 Campos de Cima da Serra	7,62	0	7,62	7,62
25 Vinhedos e Basalto	7,5	0	2,5	2,5
26 Uva Vale	9,06	9,06	0	4,53
27 Jacuí Centro	3,11	6,21	3,11	3,11
28 Vinte e Oito	6,33	21,1	4,22	4,22
29 Vales e Montanhas	0	9,25	18,5	9,25
30 Vale da Luz	0	0	23,14	0

Fonte: MS/SVS/ Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Sinan de 2016 a 2019. [1]Dados preliminares para os últimos 4 anos p/100.000 habitantes.

A Tabela 2 referente ao gênero (masculino e feminino), no período de 2016 a 2019, mostram que os homens continuam sendo o sexo onde é visualizado o maior número de casos de HIV em comparação com as mulheres, na faixa etária acima dos 60 anos. Porém, é notável que o sexo feminino, apresenta um grande crescimento, ultrapassando o número de casos de homens nas regiões 1, 4, 23, 27 e 29.

Além disso, os números de casos ficaram iguais nas regiões 2, 14, 15, 17 nos idosos em geral. Nas regiões 3 e 16 os dados quase igualam entre os sexos, ficando os homens na frente. Os casos notificados de HIV em homens nas regiões 6, 13, 20, 24, foram o dobro dos números registrados em mulheres. As notificações de homens com HIV disparam nas regiões 5, 9, 12, 18, 19, 22, 25, 26, 28 e 30. Enfim, nas regiões 7, 8, 10 e 21 os dados mantêm-se estáveis entre os sexos, porém com homens sempre na frente em relação às mulheres.

Tabela 2. Número dos casos de HIV por região de saúde e gênero (SINAN), RS, 2016-2019

REGIÕES	[1]GÊNERO/NÚMERO DE CASOS	
	Masculino	**Feminino**
Verdes Campos	18	20
Entre-Rios	1	1
Fronteira Oeste	6	5
Belas Praias	2	4
Bons Ventos	11	5
Vale do Paranhana e Costa Serra	6	3
Vale dos Sinos	35	20
Vale do Caí e Metropolitana	26	19

Carbonífera/ Costa Doce	15	7
Capital e Vale do Gravataí	194	133
Sete Povos das Missões	1	0
Portal das Missões	5	2
Região da Diversidade	2	1
Fronteira Noroeste	6	6
Caminho das Águas	5	5
Alto Uruguai Gaúcho	3	2
Planalto	14	14
Araucárias	3	1
Botucaraí	3	1
Rota da Produção	2	1
Sul	30	26
Pampa	11	3
Caxias e Hortênsias	15	17
Campos de Cima da Serra	2	1
Vinhedos e Basalto	4	1
Uva Vale	4	1
Jacuí Centro	2	3
Vinte e Oito	13	4
Vales e Montanhas	4	8
Vale da Luz	3	1

Fonte: MS/ SVS/ Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Sinan de 2016 a 2019. [1]Dados preliminares para os últimos 4 anos do total de casos de HIV por gênero nas regiões.

Analisando os últimos anos das tabelas foi descoberto que, as regiões 5, 6, 9, 12, 13, 18, 19, 20, 22, 24, 25, 26, 28 e 30 estão com crescimento no número de casos de HIV em homens, superior ao de mulheres, em alguns locais com mais de 100%, evidenciando a urgência em trabalhar questões de saúde no sexo masculino.

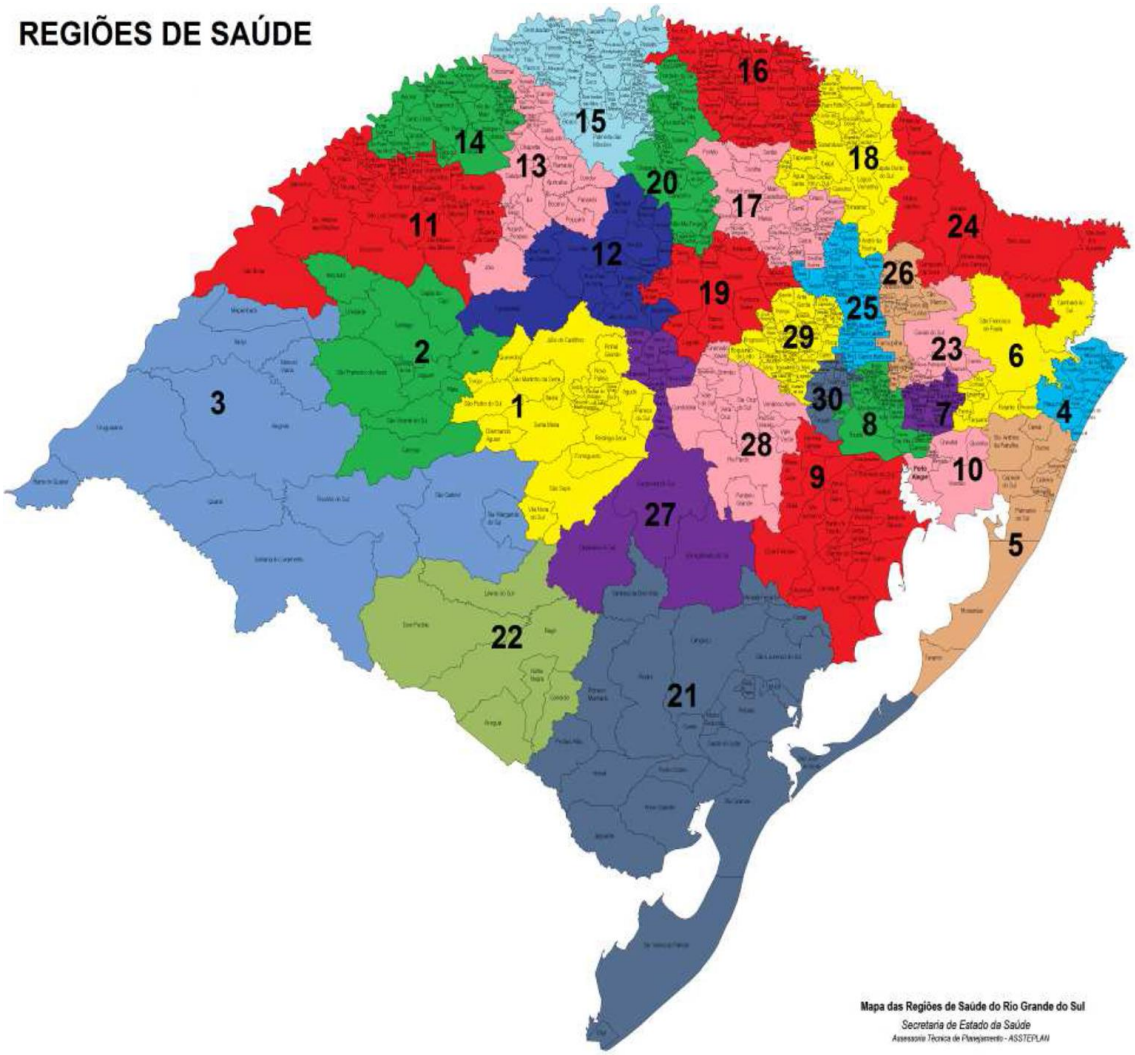
Além disso, a tradição cultural no Estado ainda fortalece o machismo predominante nos homens gaúchos, criando barreiras quanto ao uso do preservativo. A Portaria nº 1.944, somente em 27 de agosto de 2009, instituiu no SUS, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

Menor crescimento de casos masculinos em relação aos casos femininos acontece nas regiões Verdes Campos, Belas Praias, Caxias e Hortênsias, Jacuí Centro e Vales e Montanhas. Percebe-se também, que as regiões Entre Rios, Fronteira Noroeste, Caminho das Águas e Planalto possuem números de casos iguais tanto na população masculina como na feminina.

Isto indica que as mulheres estão chegando ao serviço de saúde com a infecção por HIV em estágio avançado, determinando um atraso no tratamento. Identificamos a

ausência de ações para o enfrentamento da feminilização da epidemia, demonstrando a importância de trabalhar o preconceito e discriminação em relação à mulher, priorizando essas regiões. Nota-se que, na região Sete Povos das Missões os registros de casos são apenas do sexo masculino.

Figura 1. O caminho do HIV no Estado do Rio Grande do Sul



Fonte: ASSTEPLAN/SES/RS.

Quadro 1. Dados da epidemia de HIV em crescimento em idosos, e por sexo nas regiões do RS, conforme o delineamento da figura 1.

Epidemia de HIV	**Regiões**
60 anos ou mais	4, 6, 13
Homens	5, 6, 9, 12, 13, 18, 19, 20, 22, 24, 25, 26, 28 e 30
Mulheres	1, 4, 23, 27 e 29

4. CONCLUSÃO

Considerando os dados analisados, percebe-se que o caminho do HIV no RS passa por peculiaridades típicas de cada região, definindo características de cada local que devem ter ações desenvolvidas para cada área. Não se pode pensar no Estado como um todo, e sim, deve ser repensado que cada região é única, dentro de um contexto complexo, buscando novos dados através de pesquisas, avaliando detalhadamente as informações em busca de resultados efetivos, que façam declinar os números de casos. Contudo, o trabalho realizado produziu uma perspectiva dos caminhos para a gestão das Políticas de HIV no Estado, delimitando os programas nas regiões, e expondo suas carências.

5. REFERÊNCIAS

ALENCAR, R.A.& CIOSAK, S.I. AIDS in the elderly: reasons that lead to late diagnosis. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 6, n. 69, 2016.

AREOSA, S.V.C. Envelhecimento Humano: realidade familiar e convívio social de idosos do Rio Grande do sul (Brasil) e da Catalunha (Espanha). Porto Alegre. EDIPUCRS,2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, dez. 2018. http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hivaids-2018. Acesso: 30 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Disponível em: http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0206. Acesso em: 30 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Controle de Exames Laboratoriais. Disponível em:<www.sistemas.aids.gov.br/siscel>. Acesso em: 14 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Disponível em:< www.saude.gov.br/sinan> Acesso em: 14 set. 2019.

BRITO, N.M.I. *et al.* Idosos, infecções sexualmente transmissíveis e AIDS: conhecimentos e percepções de risco. ABCS Health Sciences, v. 3, p. 140, 2016.

CERQUEIRA, M.B.R. O binômio idosos e HIV/aids: subsídios para pesquisas e políticas públicas. Revista Espaço Acadêmico UFMG, v. 16, p. 150, 2016.

GIL, A.C. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 1989.

GOMES, S.F.& SILVA, C.M. Perfil dos idosos infectados pelo HIV/aids: uma revisão. Vitalle: Revista de Ciências da Saúde, v. 1, p. 107, 2008.

LAZZAROTTO, A.R. *et al.* O 157 conhecimento de HIV/aids na terceira idade: estudo epidemiológico no Vale do Sinos, Rio Grande do Sul, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 13, p. 1833, 2008.
.
MAHMUD, I.C.&TERRA, N L. O Desafio do HIV/AIDS em idosos e o uso de fármacos para disfunção sexual: um olhar da geriatria preventiva. In: TERRA, N.L.*et al.* Temas de geriatria e gerontologia para a comunidade. Porto Alegre: EDIPUCRS, p. 133, 2018.

PAPALÉO NETTO, M. Gerontologia. São Paulo: Atheneu, 1996.

RIO GRANDE DO SUL. Coleções ações em saúde. Boletim Epidemiológico HIV/AIDS 3. Porto Alegre: SSRS, 2018.

_____. Coleções ações em saúde. Boletim Epidemiológico HIV/AIDS 2. Porto Alegre: SSRS, 2017. http://observatorioaids.saude.rs.gov.br/wp-content/uploads/2019/04/Boletim-Epidemiol%C3%B3gico-HIVAids-2017.pdf. Acesso: 14 set. 2019.

SIMÕES, C.C.S. Relações entre as alterações históricas na dinâmica demográfica brasileira e os impactos decorrentes do processo de envelhecimento da população. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98579.pdf. Acesso: 14 set. 2019.

CAPÍTULO 17

CÁRIE E DOENÇA PERIODONTAL EM POPULAÇÃO ASSISTIDA PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – UM ESTUDO TRANSVERSAL

Élvio L R Vieira[1], Arnaldo C F Junior[2], Juliana A Cardoso[3], Amanda M F Barbosa[4], Maria C A Oliveira[4], Gheisa B Campos[5], Kairo S M Damasceno[6], Kayo E S Oliveira[7]

[1] Docente do Curso de Odontologia do Centro Universitário Ruy Barbosa – UniRuy, Brasil.
[2] Docente do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, Brasil.
[3] Docente do Curso de Odontologia do Centro Universitário Ruy Barbosa – UniRuy. do Centro Universitário Maurício de Nassau – UniNassau e UNIME – Lauro de Freitas, Brasil.
[4] Docente do Curso de Odontologia do Centro Universitário Maurício de Nassau – UniNassau, Brasil.
[5] Mestre em Perícias Forenses – Cirurgiã-Dentista da Prefeitura Municipal de Jaboatão dos Guararapes, Brasil.
[6] Mestrando em Saúde Coletiva da Universidade Estadual da Bahia – UNEB, Brasil.
[7] Graduando em Odontologia do Centro Universitário Maurício de Nassau – UniNassau, Brasil.

***Palavras-chave**: Cárie dentária; Índice periodontal; Prevalência.*

1. INTRODUÇÃO

As doenças induzidas pela placa bacteriana, causando cáries dentárias, gengivites e periodontites tem alta prevalência na população brasileira (RODRIGUES *et al.*, 2014). A doença periodontal e a cárie dentária são doenças multifatoriais, que, ainda hoje, continuam sendo importantes problemas de saúde pública e com grande relação às questões sócio-econômicas-culturais (PINTO, 2000).

A doença periodontal sofreu várias releituras durante as últimas décadas devido aos avanços no campo da epidemiologia e mudanças dos enfoques conceituais e

metodológicos. Desta forma, obtiveram-se informações que estão contribuindo para a compreensão dessa infecção e dos determinantes de sua extensão social e individual, como problema de saúde-doença bucal (SEGUNDO *et al.*, 2004). Como exemplo, atualmente sabe-se que o biofilme é capaz de produzir uma variedade de irritantes locais após maturar-se, sendo capaz de causar os primeiros indícios de dissolução no esmalte e alterações aos tecidos periodontais em pacientes clinicamente saudáveis (LÖE *et al*., 1965).

A literatura infere quatro características fundamentais à doença periodontal, conceituando-a como uma doença multifatorial, episódica, poli microbiológica e sítio-dependente, suscitando constantes dúvidas quanto a sua etiopatogenia, tratamento e prevenção (SALLUM *et al*., 1999). Nesse sentido, tem sido evidenciada a susceptibilidade individual à doença periodontal, o que sugere uma ligação entre fatores do hospedeiro e a sua gravidade (KOKKLEVOLD, 1999).

O fator socioeconômico tem sido considerado o fator extra-oral de maior importância na determinação das condições periodontais e da cárie dentária, provavelmente por seu controle estar relacionado à higiene bucal, fator dependente das condições de vida e moradia dos indivíduos, nível educacional e acesso a serviços de saúde (MALTZ & SILVA, 2001).

Com relação à cárie e à presença de cálculo dentário, pode-se partir do princípio que uma concentração ideal de cálcio e fosfato nos fluidos bucais é importante para que um dente não sofra desmineralização, bem como não seja afetado por um excesso de mineralização ao seu redor (MENAKER, 1984). A não precipitação de fosfato de cálcio em indivíduos cárie-susceptíveis indica que a saliva não está supersaturada a ponto de causar precipitação espontânea. Além disso, a diferença na precipitação entre os indivíduos pode indicar também, uma possível diferença na composição da saliva, já que os constituintes salivares, orgânicos e inorgânicos, são capazes de influenciar na precipitação do fosfato de cálcio (MUKHERJEE, 1986).

No último levantamento epidemiológico realizado no Brasil, SB Brasil (BRASIL, 2004) verificou-se que, em adultos, o número de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D) médio foi de 20,1, na faixa etária de 35 a 44 anos e 27,8 na de 65 a 74 anos. Neste estudo, o componente perdido foi responsável por cerca de 66% do índice no grupo

de 35 a 44 anos e quase 93% no grupo de 65 a 74 anos. A porcentagem de pessoas sem nenhuma alteração periodontal nas faixas etárias de 35 a 44 e 65 a 74 anos de idade foi, respectivamente, 21,9% e 7,9%. Quanto a doença periodontal severa (bolsas periodontais), a porcentagem de pessoas com bolsas periodontais maiores que 4 mm foi de 9,9% e 6,3% nas faixas etárias de 35 a 44 e 65 a 74 anos de idade respectivamente.

A relação entre cárie e a condição periodontal de um indivíduo tem sido o foco de muitas discussões da área odontológica. Desta forma, o presente estudo buscou avaliar a condição de saúde bucal em usuários do Programa de Saúde da Família da cidade do Recife-PE-Brasil, e verificar se há relação entre a cárie dentária e condição periodontal.

2. MÉTODO

Um estudo de prevalência foi conduzido em postos de saúde da Prefeitura do Recife. Uma lista com o nome e endereço dos postos de saúde foi obtida na Secretaria de Saúde da Prefeitura, onde 20% das unidades de saúde foram sorteadas para a obtenção da amostra dos pacientes. A amostra foi calculada a partir do estudo piloto, utilizando-se para isso, um erro padrão de 5% com intervalo de confiança de 95%. A amostra mínima obtida através do cálculo foi de 461 pacientes, no entanto, para diminuir a possibilidade de perdas amostrais, a amostral final foi de 505 pacientes. Participaram deste estudo, usuários da demanda espontânea das unidades de saúde, selecionados sistematicamente da agenda de atendimentos, com idade igual ou acima de 18 anos, de ambos os sexos, dentados, que não apresentavam doenças sistêmicas e não se encontravam em tratamento ortodôntico e/ou ortopédico.

Os pacientes foram examinados seguindo as normas preconizadas em estudos epidemiológicos. O exame foi realizado em cadeira comum, a luz natural, utilizando espelhos bucais e sondas periodontais como instrumentos auxiliares de diagnóstico, seguindo todos os parâmetros regidos pela biossegurança.

Para a avaliação da condição periodontal da amostra, o Índice Periodontal Comunitário (CPI) foi utilizado por ser recomendado desde 1994 pela Organização Mundial de Saúde em estudos epidemiológicos, por sua fácil aplicação e por ser validado internacionalmente. Este índice permite avaliar a condição periodontal quanto à ausência

de alteração periodontal, sangramento gengival à sondagem, presença de cálculo e bolsa periodontal. Para a cárie dentária o número médio de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D) foi o índice utilizado, através dos componentes cariado, perdido e obturado, definindo a situação da cárie dentária na coroa e raiz, nas superfícies dentárias vestibular e lingual/palatina, com as necessidades de tratamento do paciente.

Os dados foram registrados no Software SPSS 17.0 (*Statistical Program for Social Science*) e foram descritos sob forma de distribuição de frequências absolutas e relativas, para cada variável estudada.

Para a verificação de frequências entre as variáveis explanatórias e a variável resposta, foram empregados o teste Qui-quadrado e o teste exato de Fischer. Adotou-se como erro alfa um $p < 0,05$.

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética da Universidade de Pernambuco e aprovada sob o parecer nº 084/05, de acordo com o que foi estabelecido pela Resolução 466/12 e a Resolução n. 510/16 do Ministério da Saúde. Foram cumpridos os princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki, e atendimento a legislações específicas brasileiras.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

De todos os indivíduos avaliados, 80,2% pertenciam ao sexo feminino, 50,5% com 31 a 59 anos de idade e 58% eram casados. A Tabela 1 refere-se à distribuição percentual da presença de lesões de cárie na amostra estudada, verificou-se que 37,6% dos indivíduos não apresentavam cárie dentária, 52,9% apresentavam até três lesões cariosas e 9,5% apresentavam quatro ou mais lesões de cárie (Tabela 2), sendo a média do CPO-D igual a 11,79.

A partir dos dados obtidos na presente pesquisa, foi verificada associação entre as variáveis cárie dentária e condição periodontal. Esta associação pode ser explicada, também, porque estas doenças/condições bucais têm um fator em comum que desempenha um importante papel no desenvolvimento das mesmas, o biofilme (MENAKER, 1984).

Tabela 1. Distribuição dos indivíduos pesquisados segundo a condição periodontal

Condição Periodontal do Indivíduo*	n	%
Paciente sem alteração periodontal	54	10,7
Paciente com sangramento	52	10,3
Paciente com cálculo	312	61,8
Paciente com bolsas rasas	77	15,2
Paciente com bolsas profundas	10	2,0
Total	505	100

* valor de p para esta variável: p = 0,00

Tabela 2. Distribuição percentual da presença de lesões de cárie na amostra estudada

Categorização da Amostra	Recife	
Presença de Lesões de Cárie	**n**	**%**
Sem Cárie	190	37,6
Até três lesões	267	52,9
Quatro ou mais lesões	48	9,5
Total	**505**	**100,0**

Ao relacionar o índice de biofilme e a condição periodontal, os autores Löe *et al.* (1965), observaram que a presença de inflamação esteve associada aos sítios que apresentavam biofilme espesso e maduro sobre as superfícies dentais próximas à margem gengival, demonstrando que este biofilme seria o fator etiológico da inflamação encontrada. No entanto, observou-se moderada associação entre qualidade do biofilme e a média das superfícies gengivais com sangramento provocado.

Ao se considerar o perfil de um grupo populacional, é necessário que o mesmo esteja inserido no seu contexto social, econômico, político e cultural (NEWTON & BOWER, 2005). Partindo-se dessa prerrogativa, buscou-se traçar o perfil dos grupos examinados, uma vez que não se utilizou nenhum indicador específico de condição socioeconômica para que se procedesse alguma avaliação ou comparação desses dados com os resultados do exame físico.

Uma associação positiva entre a quantidade de biofilme e a presença de cárie (CPO-D) utilizando o índice de placa de Silness, Löe já foi demonstrada pelos autores (LÖE *et al.*, 1965). A observação deste estudo de correlação entre o índice de biofilme

(demonstrando a qualidade e localização do acúmulo microbiano) e a atividade de cárie na superfície subjacente reforça a afirmativa de que uma boa higiene bucal, ou um bom controle de placa bacteriana pode prevenir, assim, a ocorrência de lesões de cárie.

A relação entre cárie e cálculo dentário vem sendo discutida há vários anos, sendo observado por Little *et al* (1960), que indivíduos com cálculo apresentavam cárie ativa, apesar de um aumento no acúmulo de cálculo não ter sido acompanhado por um aumento na experiência de cárie pelos examinados.

Na análise da Tabela 2 observa-se a distribuição percentual da condição periodontal da amostra, onde se nota que 61,8% dos indivíduos pesquisados apresentavam como condição periodontal de maior complexidade o cálculo dentário (escore 2), enquanto 10,7% não apresentaram nenhuma alteração periodontal (escore 0).

Os dados obtidos no presente estudo em relação à condição periodontal da amostra, demonstram que o sangramento gengival se apresentou como única alteração periodontal em 10,3% dos examinados. Deve-se considerar, no entanto, a hierarquia do índice, que preconiza que pessoas classificadas como escore 2, 3 ou 4 pelo CPI, também apresentam sangramento gengival à sondagem. Portanto, observa-se que o sangramento gengival foi bastante prevalente na amostra estudada, estando de acordo com estudos anteriores (GRYTTEN *et al.*, 1989; SILVA & MALTZ, 2001; CYPRIANO *et al.*, 2005).

A elevada prevalência dos indivíduos classificados como escore 2 (presença de cálculo dentário) encontrada no presente estudo, corrobora com os resultados do último levantamento epidemiológico realizado no Brasil, quando esta condição foi a mais prevalente na amostra, principalmente nas faixas etárias de 35 a 44 e 65 a 74 anos de idade (BRASIL, 2004).

Em relação à escolha dos índices para avaliação das condições bucais, optou-se pelo CPO-D, Índice Periodontal Comunitário (IPC), por serem utilizados pela Organização Mundial de Saúde para levantamentos epidemiológicos (ARMITAGE, 2000). Baseados também nas mudanças de critérios diagnósticos para a doença periodontal, principalmente, outros parâmetros clínicos também foram avaliados. Esse cuidado torna os estudos discutidos nesse artigo atuais e possibilitam a comparabilidade com outros estudos no que tange ao diagnóstico em saúde bucal (SANTOS, 2007).

Ainda com relação à condição de saúde bucal da amostra analisada, quando da avaliação do percentual do número de dentes perdidos, foi verificado que apenas 13,1% dos examinados não apresentaram perda dentária, enquanto que 34,1% apresentaram perda de 4 a 12 elementos dentários.

Ao se avaliar a condição de saúde bucal, o elevado percentual de perda dentária da amostra está em concordância com os achados do último levantamento epidemiológico a nível nacional realizado no Brasil, SB Brasil 2003 (BRASIL, 2004). Além disso, ao se avaliar sua relação com a variável sexo, os resultados mostraram uma associação significante entre sexo e cárie dentária, estando este resultado de acordo com o outros estudos ao referir uma maior experiência de cárie e alteração periodontal no sexo masculino (CYPRIANO *et al.*, 2005; CANGUSSU *et al.*, 2001).

Tabela 3. Distribuição de lesões de cárie em relação à idade dos pacientes

Variável	Lesão de Cárie		
	Presente n (%)	Ausente n (%)	Valor P*
Sexo			p=0,04(1)
Masculino	99,0	1,0	
Feminino	97,3	2.7	
Idade			p<0,00(1)
18 a 30 anos	94,4	5,6	
31 a 59 anos	100,0	0	
60 anos ou mais	100,0	0	

* Significante ao nível de 5%; (1) Através do teste Qui-Quadrado.

Em relação à variável sexo, constatou-se a presença de cárie dentária em 99% dos indivíduos do sexo masculino, tendo o sexo feminino apresentado um percentual aproximado a 97,3% (Tabela 3). Diferenças estatisticamente significantes também foram encontradas entre condição periodontal e sexo (p< 0.00). A prevalência de bolsas periodontais (escores 3 e 4) foi maior nos homens do que nas mulheres, como se verifica na Tabela 4.

Na Tabela 3 ainda se observa que 100% dos indivíduos com idade a partir de 31 anos apresentavam lesão de cárie, enquanto 5,6% dos participantes de 18 a 30 anos não

apresentavam lesão cariosa. Foi observada relação estatisticamente significante entre estas variáveis (p<0,00). Avaliando-se a condição periodontal dos indivíduos em relação à idade (Tabela 4), foi verificada associação significante entre as faixas etárias, quando os indivíduos de 31 a 59 anos foram os que apresentaram a maior prevalência de bolsas periodontais (escores 3 e 4).

Tabela 4. Distribuição dos pacientes de acordo com o sexo e grupo etário, em relação a condição periodontal

	Condição Periodontal da amostra					*P value*
Variável	**Score 0**	**Score 1**	**Score 2**	**Score 3**	**Score 4**	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Sexo						$p^{(2)}< 0.000$
Masculino	19 (3,8)	5 (1)	48 (9,5)	25 (4,96)	3 (0,6)	
Feminino	35 (8.7)	47 (11.6)	264 (65.2)	52 (12.8)	7 (1.7)	
Total	54 (10.7)	52 (10.3)	312 (61.8)	77 (15.2)	10 (2.0)	
Idade						$p^{(1)}=0.000$
18 a 30 anos	23 (10.7)	38 (17.7)	129 (60.0)	22 (10.2)	3 (1.4)	
31 a 59 anos	26 (10.2)	14 (5.5)	156 (61.2)	52 (20.4)	7 (2.7)	
60 anos ou mais	5 (14.3)	-	27 (77.1)	3 (8.6)	-	
Total	54 (10.7)	52 (10.3)	312 (61.8)	77 (15.2)	10 (2.0)	

(*) Classificação de acordo com o score mais alto apresentado pelo paciente: score 0 – saudável; score 1 – presença de sangramento gengival; 2 - presença de cálculo; score 3 – presença de bolsas rasas; score 4 - presença de bolsas profundas. (1) Usando o Qui-Quadrado. (2) Usando o teste de Verossimilhança.

A baixa prevalência de indivíduos saudáveis encontrada na presente pesquisa corrobora com pesquisa já realizada com 471 indivíduos adultos da cidade de Porto Alegre (ABEGG, 1997), ao avaliar a condição periodontal da amostra e também com revisão sistemática realizada em 2002, que reuniu mais de 10.000 brasileiros (GJERMO *et al.*, 2002). Estes achados sustentam a tendência de uma precária condição periodontal em populações brasileiras.

Ao se analisar a relação entre condição periodontal e cárie dentária, na Tabela 5, percebe-se que 54,8% dos indivíduos apresentavam o cálculo dentário como condição de maior complexidade, mostravam até três lesões de cárie. Verificou-se que a maior prevalência dos indivíduos que não apresentavam lesão de cárie (53,7%), também não mostrava nenhuma alteração periodontal.

Na avaliação dos parâmetros clínicos, em Recife foram constatadas condições precárias de higiene oral, reveladas pelos elevados valores no acúmulo de placa e presença de cálculo dentário. Na cidade de Feira de Santana, a presença da placa visível não foi analisada e o percentual da condição "cálculo" nas escolas públicas diferiu dos resultados encontrados por Fratucci (2000), mas são semelhantes aos registrados para adolescentes (OLIVEIRA *et al.*, 1998). Estes dados remetem à reflexão de que, apesar da frequência de escovação diária relatada ter sido boa, a qualidade da higiene oral era ruim (ABEGG, 1997).

Tabela 5. Relação entre presença de lesão de cárie e condição periodontal apresentada

Condição Periodontal	Dentes com lesão de cárie (Presença de cárie dentária)							
	Sem lesão		Até três lesões		Quatro ou mais lesões		TOTAL	
Sem alteração	29	53,7%	22	40,7%	03	5,6%	54	100%
Sangramento	16	30,8%	28	53,8%	08	15,4%	52	100%
Cálculo	114	36,5%	171	54,8%	27	8,7%	312	100%
Bolsa rasa	27	35,1%	41	53,2%	09	11,7%	77	100%
Bolsa profunda	04	40,0%	05	50,0%	01	10,0%	10	100%

No presente estudo, assim como em outro realizado por Cypriano *et al.* (2005), também se pôde constatar que a experiência de cárie dentária aumentou, com o aumento da idade. O mesmo pôde-se observar com relação à condição periodontal com aumento da prevalência de bolsas periodontais na população adulta (31 a 59 anos).

Os dados remetem para a importância da programação de ações para a resolução das necessidades acumuladas especialmente nos adolescentes, que ainda apresentam um deficiente acesso aos serviços odontológicos. Também se exibe a importância da elaboração de programas de ações coletivas em saúde bucal, centrados na estratégia da definição dos grupos de risco, o que otimizará recursos e poderá permitir a melhoria na intervenção em saúde bucal coletiva (SANTOS *et al.*, 2007).

Embora tenha se observado ao longo do tempo um declínio na prevalência de doenças bucais, faz-se necessário ainda enfatizar a importância dos cuidados precoces e manutenção da saúde bucal. A educação em saúde gera hábitos de vida saudáveis,

decorrentes a necessidade de intervenção precoce para manter a saúde antes de prevenir a doença. Despertando, assim, um interesse dos membros das famílias na adoção de hábitos de vida apropriados, gerando grande impacto nas suas vidas e promoção da saúde geral e oral (SILVA *et al.*, 2013).

Corroborando estudo de Celeste *et al.* (2011), os resultados do presente trabalho também confirmam a associação entre cárie dentária e doença periodontal, e é sugestionável que as mesmas são agravadas pela desigualdade de renda relatada. A hipótese deste estudo aventado é que a desigualdade de renda afeta a história da doença atual (cárie dentária/gengivite não tratada), o que gerará maior exposição cumulativa da doença (edentulismo/perda de inserção periodontal).

Cabe destacar que a pesquisa científica deve fornecer dados que permitam formular políticas dos serviços, superação de dificuldades da cultura política partidária local, inclusão na política orçamentária, entre outras, que poderão ou não ser consideradas ou estarem disponíveis para a formulação de políticas adequadas.

De acordo com os resultados encontrados e já discutidos neste estudo, verifica-se uma relação entre condição periodontal e cárie dentária. No entanto, a comunidade científica deve aprofundar a análise dessa associação, a fim de que novas contribuições sejam acrescentadas de atenção, sendo essa base objetiva de pesquisa condição necessária para a organização da assistência, mas não suficiente porque outras variáveis, do tipo organização.

Ressalta-se ainda a necessidade de serviços de promoção de saúde bucal mais efetivos, implementando-se ações destinadas principalmente aos grupos de maior vulnerabilidade e/ou mais expostos aos fatores de risco.

4. CONCLUSÃO

Os indivíduos atendidos nas Unidades de Saúde da Família com Equipe de Saúde Bucal, da Cidade do Recife/PE/Brasil, mostraram uma deficiente condição de saúde bucal e condição periodontal, com alta prevalência de alterações periodontais e de lesões de cárie.

Pôde-se constatar uma relação significante entre a presença da alteração periodontal e a cárie dental.

5. AGRADECIMENTO

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq pelo financiamento da pesquisa.

6. REFERÊNCIAS

ABEGG, C. Oral hygiene habits among Brazilian adults in an urban area of Southern Brazil. Revista de Saúde Pública, v. 31, p. 586, 1997.

ARMITAGE, G.C. Periodontal diagnoses and classification of periodontal diseases. Periodontology 2000, v. 34, p. 9, 2004.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Ministério da Saúde. 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/condicoes_saude_bucal.pdf. Acesso em: 22 jul. 2020.

CANGUSSU, M.C.T. *et al.* Condições de saúde bucal em adultos e idosos em Itatiba/SP, Brasil – 2000. Revista de Odontologia da UNESP, v. 30, p. 245, 2001.

CELESTE, R.K. *et al.* The relationship between levels of income inequality and dental caries and periodontal diseases. Cadernos de Saúde Pública, v. 27, p. 1111, 2011.

CYPRIANO, S. *et al*. Avaliação de índices CPOD simplificados em levantamentos epidemiológicos de cárie dentária. Revista de Saúde Pública, v. 39, p. 285, 2005.

FRATUCCI, M.V.B. Alguns aspectos das condições de saúde bucal de uma população indígena guarani mbyá no município de São Paulo. Dissetação [Mestrado]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo, 2000. Disponível em: https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-15052020-142905/pt-br.php. Acesso em: 22 jul. 2020.

GJERMO, P. *et al.* Periodontal diseases in Central and South America. Periodontology 2000, v. 29, p. 70, 2002.

GRYTTEN, J. *et al.* Validity of CPITN´s hierarchical scoring method for describing the prevalence of periodontal conditions. Community Dental Oral Epidemiology, v. 17, p. 300, 1989.

KOKKLEVOLD, P.R. Periodontal medicine: Assessment of risk factors for disease. Journal California Dental Association, v. 27, p. 35, 1999.

LITTLE, M.F. *et al*. Concomitant calculus and caries. Journal of Dental Research, v. 39, p. 1151, 1960.

LÖE, H. *et al*. Experimental gingivitis in man. Journal of Periodontology, v. 36, p. 177, 1965.

MALTZ, M. & SILVA, B.B. Relação entre cárie, gengivite e fluorose e nível socioeconômico em escolares. Revista de Saúde Pública, v. 35, p. 170, 2001.

MENAKER, L. Cáries Dentárias. Bases Biológicas. São Paulo: Guanabara Koogan, 1984.

MUKHERJEE, S. The state of calcium phosphate in saliva of caries susceptible and calculus susceptible children and adults. Journal of Periodontology, v. 11, p. 76, 1986.

NEWTON, J.T. & BOWER, E.J. The social determinants of health: new approaches to conceptualizing and researching complex causal networks. Community Dental Oral Epidemiology, v. 33, p. 25, 2005.

OLIVEIRA, A.G.R.C. *et al*. Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal: análise da metodologia proposta pela Organização Mundial da Saúde. Revista Brasileira de Epidemiologia. v. 1, p. 177, 1998.

PINTO, V.G. Bases para uma saúde bucal de caráter coletivo. In: Pinto VG. Saúde bucal coletiva. 4 ed. São Paulo: Ed. Santos; 2000.

RODRIGUES, T.Q. *et al*. Conhecimento sobre saúde periodontal dos pacientes submetidos à triagem nos postos de saúde de Barretos. Brazilian Journal Periodontology, v. 24, p. 19, 2014.

SALLUM, A.W. *et al*. Perfil bio-emocional do paciente periodontal. In: Tunes UR, Rapp GE. Atualização em periodontia e Implantodontia: São Paulo: Artes Médicas; 1999. p. 61-74.

SANTOS, N.C.N. *et al*. A saúde bucal de adolescentes: aspectos de higiene, de cárie dentária e doença periodontal nas cidades de Recife, Pernambuco e Feira de Santana, Bahia. Ciência & Saúde Coletiva, v. 12, p. 1155, 2007.

SEGUNDO, T.K. *et al*. A doença periodontal na comunidade negra dos Arturo's, Contagem, Minas Gerais, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 20, p. 596, 2004.

SILVA, B.B. & MALTZ, M. Prevalência de cárie, gengivite e fluorose em escolares de 12 anos de Porto Alegre - RS, Brasil, 1998/1999. Pesquisa Odontológica Brasileira, v. 15, p. 208, 2001.

SILVA, R.A. *et al.* Assessment of mothers' participation in a program of prevention and control of caries and periodontal diseases for infants. Revista Paulista de Pediatria, v. 31, p. 83, 2013.

CAPÍTULO 18

MULHERES VÍTIMAS DE AGRESSÃO NO PANORAMA DA VIOLÊNCIA NO ESPÍRITO SANTO

Emanuella E Machado[1], Franceline K de Almeida[1], Bárbara S Colnaghi[1], Lara B Machado[1], Simone K A Duarte[2], Caio D Neto[2], Hudson P Pinto[2], Roberto R Barbosa[2], Leonardo F Vieira[2]

[1] Discente de Medicina, Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Vitória/ES.
[2] Docente de Medicina, Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Vitória/ES.

Palavras-chave: *Assistência integral à Saúde da Mulher; Violência contra as Mulheres, Violência de Gênero.*

1. INTRODUÇÃO

A violência doméstica e feminicídio representam, atualmente, uns dos grandes problemas de saúde pública enfrentados no país (RIBEIRO *et al.*, 2020). Além de ser uma violação aos direitos humanos, pode ser ainda uma condição ameaçadora à vida, já que cria múltiplos agravos à saúde das mulheres, sendo um desafio para profissionais e para os sistemas de saúde (SIGNORELLI *et al.*, 2018).

Apesar da dificuldade em se estabelecer um único conceito para violência contra a mulher devido aos inúmeros componentes relacionados à violência e abuso, conforme a Convenção Interamericana violência contra a mulher é definida por qualquer ameaça ou ato de violência de gênero que cause ou pareça causar dano físico, sexual ou psicológico que resulte em sofrimento da mulher, ocorrendo tanto em ambientes familiares quanto em espaços públicos (ORGANIZATION OF AMERICAN STATES, 1994).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), 35% das mulheres em todo o mundo são vítimas de violência física e/ou sexual perpetrada, em sua maior parte, por seus parceiros (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013). No Brasil, 1.672.755 mulheres sofreram violência doméstica, sexual e/ou outros tipos de violências no período de 2012 a 2018. Dentre essas, 27.503 mulheres foram internadas por agressões e 1.287 foram mortas por agressões nesse mesmo intervalo de tempo (DATASUS, 2018).

Plichta (2004) mostra associações da violência com efeitos imediatos, como lesões e traumas que levam aos serviços de emergência, tanto quanto efeitos indiretos e de longo prazo, como as dores crônicas, problemas gastrointestinais, fibromialgias, doenças sexualmente transmissíveis, infecções urinárias de repetição, problema com menstruação e disfunções sexuais. No mesmo estudo, ainda chama a atenção o comprometimento da saúde mental destas usuárias (PLICHTA, 2004). As mulheres que sofreram violência sexual são 2,3 vezes mais propensas a desenvolver distúrbios relacionados ao álcool e 2,6 vezes mais propensos a sofrer de depressão ou ansiedade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

Os feminicídios são eventos completamente evitáveis, que abreviam as vidas de muitas mulheres jovens, causando perdas inestimáveis, além de consequências potencialmente adversas para as crianças, para as famílias e para a sociedade. (IPEA, 2013) Deste modo, os estudos sobre as causas e circunstâncias dos óbitos evitáveis das mulheres poderão subsidiar e direcionar as estratégias das políticas públicas. (PITILIN & SBARDELOTTO, 2019).

O objetivo deste estudo é descrever o perfil sociodemográfico das mulheres vitimadas por violência doméstica no ano de 2018 e, dessa forma, fomentar o desenvolvimento de estratégias de prevenção primária de agressões e violências, além de contribuir com a sociedade científica por meio da descrição do perfil epidemiológico desses eventos.

2. MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal retrospectivo, quantitativo e descritivo dos casos de violência interpessoal no Espírito Santo. Os dados foram extraídos da plataforma

de informações de saúde no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e, na seção denominada Epidemiológicas e Morbidade, foi selecionada a opção Doenças e Agravos de Notificação (SINAN) – 2007 em diante e, em seguida, violência interpessoal / autoprovocada.

Foram incluídas todas as notificações de violência contra homens e mulheres no território do estado do Espírito Santo, durante o ano de 2018, que totalizaram 9.186 casos, os quais foram divididos em dois grupos, a saber: sexo feminino (7.074) e sexo masculino (2.112).

As demais variáveis estudadas foram: ciclo de vida (<10 anos; 10 a 19; 20 a 59; e > 60 anos); escolaridade (analfabeto, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, educação superior incompleta, educação superior completa, ignorado/em branco) e raça (branca, preta, amarela, parda, indígena, ignorado/em branco).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A violência contra a mulher é um fenômeno histórico, complexo e de difícil conceituação que permeia as relações desiguais entre homens e mulheres. Suas raízes têm origem em estruturas sociais, econômicas, políticas, culturais e ambientais, possuindo forte associação com as desigualdades sociais (ANDRADE & FONSECA, 2008).

No Brasil, os registros de violência demonstram que, de maneira geral, há o predomínio dos homens, tanto no papel de vítimas, quanto de agressores (GARCIA, 2016). Porém, ao analisar os números de violências de gênero, essa situação se modifica.

No período avaliado pelo estudo, foram notificados 9.186 casos de violência interpessoal/autoprovocada e, destes, 7.074 casos (77%) eram do sexo feminino e 2.112 casos (33%) do sexo masculino. Assim, o número total de casos de violência interpessoal/autoprovocada foi imensamente maior na população feminina. Este resultado está em consonância com a pesquisa realizada por Melo e Garcia (2020), a qual demonstra que, apesar de o sexo masculino predominar entre as vítimas de violência, o perfil dos atendimentos das vítimas do sexo feminino revelou maior prevalência de lesões menos

graves e agressões em circunstâncias consistentes com a violência doméstica e familiar, com predomínio de ocorrências no domicílio.

Em relação ao ciclo de vida, foi possível verificar neste estudo que 49,41% dos casos foram evidenciados na faixa etária de 20-59 anos (Tabela 1). Este achado corrobora com o estudo realizado por Cecilio *et al.* (2012), em São Paulo, o qual também revelou que a população adulta é a mais atingida por esse agravo, destacando que a incidência de violência, intencional ou não, sobre adultos jovens em idade economicamente produtiva apresenta grande impacto social e familiar.

Apesar da maior prevalência de violências ser da população adulta, um ponto que também merece atenção no estudo refere-se ao número de casos de violência nas crianças menores que 10 anos (Tabela 1). Neste estudo, dos 816 casos identificados nas crianças menores que 10 anos, 452 (55,39%) foram de vítimas do sexo feminino. Segundo estudo levantado por Nunes e Sales (2016), quanto menor a idade, maior a vulnerabilidade e o risco de violência, uma vez que o desempenho das atividades básicas de sobrevivência depende inteiramente do cuidador, requerendo habilidades inerentes ao ato de cuidar, o que pode se tornar um fator estressante para quem é responsável pelo cuidado.

O estudo de Apostólico *et al.* (2012) demonstra que, em concordância com o que ocorre com as mulheres, o espaço familiar é o locus privilegiado de agressão envolvendo crianças. Assim, as relações desiguais de poder que ocorrem na família podem ser consideradas determinantes nos casos de violência intrafamiliar. Da mesma maneira, o estudo de Mascarenhas *et al.* (2012) também demonstrou o domicílio como o principal local de ocorrência do evento violento. Um dos argumentos que explicaria a maior frequência de situações de violência no domicílio, tanto entre homens como mulheres idosas, seria o fenômeno do choque de gerações, permeado por disputas por espaço físico e também por dificuldades financeiras na família.

Outrossim, também vale destacar maior ocorrência dos casos de violência nas mulheres dentre os indivíduos que compõem o grupo com 60 anos ou mais, representando cerca de 62,47% dos casos nessa faixa etária (Tabela 1). Este resultado também é observado no estudo de Mascarenhas *et al.* (2012), o qual revelou que, do total de casos notificados dentre a mesma faixa etária, 52,3% referiam-se a vítimas do sexo feminino.

Tabela 1. Variáveis de ciclo de vida, raça e escolaridade entre os sexos masculino e feminino, no ano de 2018

Variáveis	Sexo			
	Masculino		Feminino	
	n	%	n	%
Ciclo de vida				
<10 Anos	364	(17,2)	452	(6,4)
10 a 29	725	(34,3)	1.800	(25,4)
20 a 59	853	(40,4)	4.539	(64,2)
60 e mais	170	(8,0)	283	(4,0)
Raça				
Branca	577	(27,3)	1.981	(28,0)
Preta	268	(12,7)	874	(12,4)
Amarela	7	(0,3)	56	(0,8)
Parda	1.126	(53,3)	3.778	(53,4)
Indígena	9	(0,4)	29	(0,4)
Ign/Branco	125	(5,9)	356	(5,0)
Escolaridade				
Analfabeto	26	(1,2)	45	(0,6)
1ª a 4ª série incompleta do EF	175	(8,3)	339	(4,8)
4ª série completa do EF	69	(3,3)	232	(3,3)
5ª a 8ª série incompleta do EF	333	(15,8)	1.227	(17,3)
Ensino fundamental completo	93	(4,4)	472	(6,7)
Ensino médio incompleto	155	(7,3)	697	(9,9)
Ensino médio completo	239	(11,3)	1.370	(19,4)
Educação superior incompleta	45	(2,1)	226	(3,2)
Educação superior completa	37	(1,8)	292	(4,1)
Não se aplica	258	(12,2)	337	(4,8)
Ign/Branco	682	(32,3)	1.837	(26,0)

Fonte: DATASUS, 2018.

Quanto à raça, foi visto que, do total de mulheres estudadas, 5.759 (81,41%) dos casos se trataram de vítimas pardas e brancas (Tabela 1). Este resultado corrobora com o estudo realizado por Cecilio *et al.* (2012), que também revelou maior proporção de vítimas brancas e pardas, que se apresentam como a população predominante nos municípios. Entretanto, a identificação da cor da pele ainda se trata de uma questão complexa e controversa, não havendo consenso quanto a essa classificação.

Para além da complexidade que envolve a identificação racial no Brasil, também cabe analisar, sob a ótica da raça, os aspectos que envolvem a denúncia de violência sofrida por mulheres. Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2009, revelam que 54% e 50%, respectivamente, das mulheres brancas e negras

agredidas procuraram a polícia, e 47% e 44% das mulheres brancas e negras efetivamente registraram queixa. Vê-se, então, uma maior dificuldade de acesso das mulheres negras em relação à denúncia (IPEA, 2013).

Além disso, 11,7% das vítimas negras não fizeram a denúncia porque não consideravam importante, ao passo que tal motivo foi considerado um obstáculo para 6% de vítimas brancas (IPEA, 2013). Tal dado é importante, pois revela a dificuldade enfrentada pelas mulheres negras em reconhecer que não merecem, nem precisam ser vítimas de violência, cicatriz de um processo histórico de representação social que as colocou na posição de mulheres sofredoras e, sobretudo, passivas (IPEA, 2013). Nesse contexto, fica evidente a influência da questão racial por trás dos dados, de modo que estes podem não refletir de maneira fidedigna a realidade.

Chama a atenção, ainda, os dados referentes à população indígena: 29 notificações de violência contra mulheres, o menor número comparando-se com as outras raças. É importante entender que o Brasil carece de informações demográficas sobre os povos originários, uma vez que os bancos de dados inexistem ou estão desatualizados (COIMBRA JR. & SANTOS, 2000). Além disso, o acesso à saúde pelos indígenas não é completo, dada a presença de barreiras organizacionais, geográficas e culturais, o que pode explicar a baixa notificação de violências registradas no DATASUS (GOMES & ESPERIDIÃO, 2017).

Quanto à perspectiva histórica, vale mencionar que o contato com não indígenas transformou a estrutura social indígena, realocando as posições de gênero e colocando em conflito os novos papéis assumidos por homens e mulheres (ZIMMERMANN *et al.*, 2015). Além disso, o recolhimento dessa população em áreas pequenas, o trabalho temporário dos homens fora das reservas, a profissionalização das mulheres, a diminuição das práticas xamânicas e rituais, a degradação do meio ambiente e a introdução de drogas e bebidas não indígenas nas comunidades também redefiniram as relações de gênero, tornando-as conflituosas e, por vezes, violentas (ZIMMERMANN *et al.*, 2015). Nesse sentido, correlacionando tais fatores com a falta de acesso aos serviços de saúde por parte dos indígenas, infere-se que os dados existentes podem revelar um cenário de subnotificação.

Acerca da escolaridade, nota-se que tanto considerando o total, quanto observando cada categoria separadamente, o maior número de vítimas é do sexo feminino. Ainda assim, faz-se necessário entender cada contexto, pois segundo Acosta *et al.* (2013), é preciso expandir a visão acerca do dimensionamento da violência contra a mulher, de forma a descortinar as influências de representações que possam inibir uma atuação mais efetiva, tanto da equipe de saúde, quanto de outros profissionais.

Observou-se que a faixa de Ensino Médio Completo conta com o maior número de casos de violência, 1.609 casos, em comparação aos demais níveis de ensino, ainda que a categoria de Ignorado/Em Branco represente uma quantidade significativa de casos. Destes 1.609 casos, 1.370 (85,15%) tratam-se de vítimas do sexo feminino, que, por sua vez, representam a maior quantidade de casos dentre a população feminina vítima de agressão em relação às outras faixas de escolaridade.

O nível de ensino fundamental incompleto mostrou-se em segundo lugar quanto ao número de casos de violência, com 1.560 casos, sendo 1.227 (78,65%) vítimas do sexo feminino. Os dois maiores números de casos, com valores significativamente maiores dentre os demais níveis de ensino, sendo descritos como mulheres de baixa ou média escolaridade, ou seja, que não acessaram a Educação Superior, corrobora com o que é dito por Acosta *et al.* (2012), que afirma que quanto menor a escolaridade, menor a qualificação profissional e, portanto, maior chance de serem dependentes economicamente do cônjuge.

Desse modo, as dificuldades financeiras podem surgir como pivô dos conflitos. Acosta *et al.* (2013) e Paixão *et al.* (2019) consolidam o cenário encontrado ao afirmar que no contexto de pouca escolaridade e/ou qualificação, muitas mulheres, ao buscarem alguma atividade remunerada, acabam por desempenhar atividades de subemprego, que têm como uma das características a baixa remuneração. Isso justifica o porquê de, apesar de trabalharem, muitas são dependentes financeiramente dos cônjuges. Esta situação mostra-se extremamente preocupante, ao passo que, segundo Paixão *et al.* (2019), além da dependência econômica se mostrar como um grave fator de risco para violência conjugal, também contribui para a permanência da mulher na relação com o cônjuge.

Em contrapartida com o dado de maior proporção de violência em níveis de escolaridade mais baixos, tem-se analfabetos com o menor número de casos, com 71

registros (0,7%), sendo 45 (63,38%) vítimas do sexo feminino. Segundo Ferreira *et al.* (2020), os índices de notificação poderiam ser ainda maiores, visto que aquelas com menor instrução escolar geralmente não têm coragem de denunciar, apesar de algumas reconhecerem seus direitos.

Salvo o número de casos na categoria de analfabetos, discutida anteriormente, os níveis de ensino com menos casos de violência são Educação Superior incompleta e Educação superior completa, ressaltando que em ambos o número de casos de violência foi maior entre o sexo feminino, totalizando 83,4% e 88,7% dos casos em sua categoria, respectivamente.

Estes resultados corroboram com o descrito por Acosta *et al.* (2013), ao dizer que a menor prevalência de casos de violência neste grupo deve-se ao fato de que mulheres com maior escolaridade têm alternativas para fugir dos atos violentos, atribuído à melhor remuneração. Além disso, apresentam maior esclarecimento sobre os seus direitos, o que as tornam menos tolerantes à violência.

Ainda sobre essa questão, cabe pontuar que, segundo o site oficial da Polícia Civil do Espírito Santo, em 2018 foram registrados 14.991 boletins de ocorrência de violência doméstica contra mulheres no estado, contrapondo-se com as 7.074 notificações cadastradas no DATASUS no mesmo ano (ESPÍRITO SANTO, 2019). Esta discrepância entre os dados corrobora com os achados de Sagot e Carcedo (2000), os quais observaram que o sistema jurídico-policial é o mais procurado por mulheres em situação de violência, de modo que o setor de saúde não funciona como porta de entrada para o acolhimento das vítimas.

Tal contexto pode indicar uma falta de qualificação por parte dos profissionais da saúde em identificar as situações de violência e, mais que isso, em entender tal contexto como um elemento adoecedor no processo saúde-doença das mulheres (OLIVEIRA & JORGE, 2007). Um fator que parece justificar o desamparo por parte dos profissionais é a ausência de discussão do tema dentro dos cursos da área da saúde, além de construções sociais que colocam a vida conjugal apenas na esfera privada, entendendo a violência doméstica como algo que deve ser resolvido entre o casal (MENEGHEL & PORTELLA, 2017).

Observa-se que as vítimas de violência procuram mais os serviços de saúde apresentando queixas vagas e múltiplas e, muitas vezes, exames laboratoriais normais, além de terem dificuldade de expressar seus sentimentos – daí a importância do atendimento humanizado e multiprofissional, pois o trabalhador da saúde deve ser capaz de identificar tais sinais como compatíveis com o contexto de violência e, assim, acolher a vítima (OLIVEIRA & JORGE, 2007). Vê-se, então, que o conhecimento técnico, com o intuito apenas de identificar e tratar doenças, é insuficiente nesses casos, pois estes exigem o domínio de outras habilidades e atitudes (MENEGHEL & PORTELLA, 2017).

Além disso, quando se aborda a violência doméstica, é imprescindível comentar e discutir a Lei 11.304/06, popularmente conhecida como Lei Maria da Penha, que representou um avanço no Brasil ao se estruturar em três principais eixos: criminal; proteção dos direitos e integridade física da mulher; e prevenção e educação. (GUIMARÃES & PEDROZA, 2015) Com isso, a Lei pretende atuar não apenas no contexto jurídico, já que também compreende a violência como resultado de uma estrutura patriarcal que deve ser combatida por meio de políticas públicas de gênero, segurança pública, saúde, assistência social e educação. (GUIMARÃES & PEDROZA, 2015).

Vale ressaltar a possibilidade da aplicação da Lei aos casais homoafetivos e transexuais no âmbito da violência doméstica. Dito de outro modo, verifica-se a possibilidade de aplicação dessa legislação para acabar com toda espécie de violência doméstica e familiar independente do gênero ou do comportamento social (NUNES & SILVA, 2019)

Uma das inovações trazidas pela Lei Maria da Penha foi a tipificação da violência, o que contribuiu para o esclarecimento da complexidade que envolve a violência doméstica e familiar contra a mulher (GUIMARÃES & PEDROZA, 2015). Assim, a Lei entende que são formas de violência contra a mulher: (I) física; (II) psicológica; (III) sexual; (IV) patrimonial; e (V) moral. (BRASIL, 2006) É fundamental salientar que raramente há a ocorrência de uma forma de violência isolada - as violências psicológica e moral, por exemplo, estão quase sempre presentes e, consequentemente, também estarão presentes os impactos negativos à saúde mental das vítimas (GUIMARÃES & PEDROZA, 2015).

Em relação às ferramentas das quais a Lei dispõe, citam-se as medidas protetivas de urgência, os Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher e outros equipamentos de suporte, como as casas abrigo, delegacias, núcleos de defensoria pública, serviços de saúde e programas de enfrentamento dessa problemática (Brasil, 2006).

Entretanto, para Pasinato (2015), mesmo anos após sua promulgação, a Lei Maria da Penha enfrenta diversos obstáculos para sua plena aplicação. Observa-se que, atualmente, a atuação da Lei praticamente restringe-se à esfera jurídica - e ainda com dificuldades. Assim, apesar de preconizar uma abordagem integral da violência contra a mulher, a Lei encontra dificuldades na articulação do Direito com os setores de saúde e assistência social, havendo falhas na promoção de políticas de enfrentamento ao problema (PASINATO, 2015).

Ainda para Pasinato (2015), para avançar na discussão sobre o atendimento integrado à mulher, é essencial refletir sobre os conceitos de redes e intersetorialidade, analisando se estes são realmente postos em prática. O estudo expõe e discute algumas ideias, tais como as redes de enfrentamento e atendimento: estas primeiras são um arranjo institucional e intersetorial que deve promover ações e políticas para a prevenção, combate, assistência e garantia de direitos às mulheres em situação de violência; as redes de atendimento dizem respeito à execução dessas medidas por meio de atendimentos qualificados, intersetoriais, multidisciplinares e universais (PASINATO, 2015).

Para que as duas redes se articulem e funcionem, é imprescindível que haja realmente a intersetorialidade, ou seja, o entrosamento entre os diversos atores envolvidos nessa questão, por exemplo, os diferentes poderes (executivo, judiciário e legislativo) e governos (municipal, estadual e federal) (PASINATO, 2015). Também deve haver a interdisciplinaridade, isto é, a capacidade de conjugar diferentes olhares sobre a temática, de modo a potencializar os conhecimentos já existentes (PASINATO, 2015).

Além disso, Pasinato (2015) aborda o conceito de transversalidade de gênero, o qual reconhece a desigualdade no exercício da cidadania entre homens e mulheres, de modo que essas disparidades devem ser combatidas por políticas transversais que percorrem todas as esferas políticas e sociais. Por fim, cita-se a capilaridade, que diz respeito à responsabilidade dos governos estaduais e municipais em atuarem em

consonância com as políticas nacionais de enfrentamento à violência contra a mulher (PASINATO, 2015).

O entendimento da violência doméstica e familiar contra a mulher como parte de uma complexa estrutura patriarcal permite também a compreensão do feminicídio como o resultado final desse contexto, sendo a manifestação mais grave da violência perpetrada contra a mulher. Por esse motivo, os feminicídios constituem mortes já anunciadas e, portanto, evitáveis (MENEGHEL & PORTELLA, 2017). Já estão descritos, inclusive, fatores que aumentam a vulnerabilidade ao feminicídio, tais como: disparidade de idade entre os cônjuges, situação marital não formalizada, tentativas prévias da mulher em obter a separação e histórico de violências e agressões (MENEGHEL & PORTELLA, 2017).

Para que sejam criadas políticas públicas de enfrentamento a essa problemática, é preciso conhecer as particularidades dos feminicídios (MENEGHEL & PORTELLA, 2017). Para isso, são necessárias informações fidedignas, o que nem sempre ocorre, já que, no Brasil, as declarações de óbito do Sistema de Informação de Mortalidade (DATASUS) não trazem informações sobre o agressor e a intencionalidade do evento, impossibilitando a identificação dos feminicídios (MENEGHEL & PORTELLA, 2017). Vê-se, pois, uma necessidade de detalhar as informações fornecidas pelas declarações de óbito e, consequentemente, pelos bancos de dados, para que medidas mais específicas e eficazes sejam implementadas.

Portanto, é extremamente necessário conhecer os fatores que influenciam no processo saúde-doença do indivíduo - nesse caso, a violência contra mulheres. Deve-se, ainda, enxergar a vítima não apenas como um indivíduo isolado, mas sim como parte de uma estrutura influenciada por ciclo de vida, raça, escolaridade e diversas outras condições. Também é fundamental compreender que as variáveis descritas neste estudo - ciclo de vida, escolaridade e raça - não existem em unicidade e, portanto, devem ser entendidas como componentes associados e sujeitos a sinergismos entre si.

4. CONCLUSÃO

Nesse sentido, não procede a interpretação da violência contra a mulher como casos isolados, que não possuem relação entre si e não são influenciados por construções

sociais. Por isso, é importante que seja lembrado que a estrutura patriarcal prevalece até hoje como lógica de entendimento para o que é ser mulher e o que é ser homem - os papéis de gênero. Isso custou a construção do feminino ao longo da história, restando apenas experiências que estavam circunstanciadas por uma determinação cultural de submissão e passividade (AZEVEDO & DUTRA, 2019) Assim, é inegável o reconhecimento do patriarcado como principal estrutura que mantém e perpetua a violência contra a mulher.

Dessa forma, a violência contra a mulher é um fenômeno complexo e multifatorial que se faz presente na sociedade de forma independente das variáveis analisadas, porém, é indiscutível que elas funcionam como catalisadoras do processo e preditoras de vulnerabilidade, como já exposto neste estudo. Fica evidente, então, a relação de condições como raça e escolaridade com a problemática da violência contra a mulher, sendo necessárias investigações mais específicas quanto a isso, para que se possa reconhecer mulheres em maior vulnerabilidade e atuar de forma mais incisiva neste contexto. Além disso, apesar de não ter sido abordada nesta investigação, acredita-se que a renda é também uma variável importante, devendo também ser analisada.

Ainda sobre essa questão, sabe-se que a Lei Maria da Penha é fundamental para a atenção à mulher em situação de violência, porém, como já mencionado, esta enfrenta dificuldades em sua aplicação. Acredita-se que a condução de mais estudos referentes à violência contra a mulher e suas interseccionalidades ajude a entender de forma mais clara os caminhos que devem ser seguidos para o pleno exercício da Lei. Cabe reforçar a importância da atuação municipal nesse sentido, de modo a efetivar a capilaridade.

Também vale ressaltar que, como visto, no Espírito Santo, os números sobre violência contra a mulher são preocupantes, sendo urgentes as estratégias de curto, médio e longo prazo, como por exemplo: educação sexual nas escolas, a fim de ensinar crianças sobre os limites entre o afeto e o abuso, programas de promoção à saúde, por meio de rodas de conversas nas unidades de saúde sobre as rotas de denúncia do agressor e busca por assistência, além do empoderamento da população como um todo para que estejam aptos a reconhecer situações de violências, dos mais variados tipos que forem.

Além disso, estudos com maiores especificações quanto aos casos por municípios/distribuição de renda são necessários para que se possa compreender melhor

essa realidade e, assim, possam ser planejadas estratégias de caráter mais individualizado em relação à realidade de cada microárea, a fim de fomentar o desenvolvimento de estratégias de prevenção primária de agressões e violências.

5. REFERÊNCIAS

ACOSTA, D.F. *et al*. Perfil das ocorrências policiais de violência contra a mulher. Acta Paulista De Enfermagem, São Paulo, v. 26, p. 547, 2013.

ANDRADE, C.J.M. & FONSECA, R.M.G.S. Considerações sobre violência doméstica, gênero e o trabalho das equipes de saúde da família. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 42, p. 591, 2008.

APOSTÓLICO, M. *et al*. Características da violência contra a criança em uma capital brasileira. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 20, p. 266, 2012.

AZEVEDO, A.K.S & DUTRA, E.M.S. Era uma vez uma história sem história: pensando o ser mulher no Nordeste. Pesquisas De Práticas Psicossociais, v. 14, p. 1, 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS, 2018. . BRASIL. Lei nº 11.340 de 7 de agosto de 2006. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, 8/8/2006. Disponível em https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2006/lei-11340-7-agosto-2006-545133-publicacaooriginal-57150-pl.html. Acesso em: 10 ago. 2020.

CECILIO, L.P.P. *et al* . Violência interpessoal: estudo descritivo dos casos não fatais atendidos em uma unidade de urgência e emergência referência de sete municípios do estado de São Paulo, Brasil, 2008 a 2010. Epidemiologia Serviços de Saúde, v. 21, p. 293, 2012.

COIMBRA JR, C.E.A. & SANTOS, R.V. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. Ciências de Saúde Coletiva, v. 5, p. 125, 2000.

ESPÍRITO SANTO, POLÍCIA CIVIL. Dia Nacional Contra a Violência à Mulher é lembrado neste 10 de outubro. 2019. Disponível em < https://pc.es.gov.br/Not%C3%ADcia/dia-nacional-contra-a-violencia-a-mulher-e-lembrado-neste-10-de-outubro>. Acesso em: 10 ago. 2020.

FERREIRA, P.C. *et al*; Characterization of cases of violence against women. Revista de Enfermagem UFPE; v. 14, p. 1, 2020.

GARCIA, L.P. A magnitude invisível da violência contra a mulher. Epidemiologia Serviços de Saúde, v. 25, p. 451, 2016.

GOMES, S.C. & ESPERIDIÃO, M.A. Acesso dos usuários indígenas aos serviços de saúde de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. Caderno de Saúde Pública, v. 33, e00132215, 2017.

GUIMARÃES, M.C. & PEDROZA, R.L.S. violência contra a mulher: problematizando definições teóricas, filosóficas e jurídicas. Psicologia Social, v. 27, p. 256, 2015.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Violência contra a mulher: feminicídios no Brasil, 2018. Disponível em < https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=33410&Itemid=432>. Acesso em: 10 ago. 2020.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA E APLICADA (IPEA). Dossiê Mulheres Negras: retrato das condições de vida das mulheres negras no Brasil. Brasília: 2013. Disponível em < https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/livro_dossie_mulheres_negras.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2020.

MASCARENHAS, M.D.M *et al* . Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde - Brasil, 2010. Ciências de Saúde Coletiva, v. 17, p. 2331, 2012.

MELO, A.C.M & GARCIA, L.P. Atendimentos de jovens vítimas de agressões em serviços públicos de urgência e emergência, 2011: diferenças entre sexos. Ciências de Saúde Coletiva, v. 22, p. 1333, 2017.

MENEGHEL, S.N & PORTELLA, A.P. Feminicídios: conceitos, tipos e cenários. Ciências de Saúde Coletiva, v. 22, p. 3077, 2017.

NUNES, A.J. & SALES, M.C.V. Violência contra crianças no cenário brasileiro. Ciências de Saúde Coletiva, v. 21, p. 871, 2016.

NUNES, L.R. & SILVA, O.R. Interpretação extensiva da lei Maria da Penha para os casais homoafetivos e transsexuais. Revista Âmbito Jurídico, v. 7, 2018.

OLIVEIRA, E.N. & JORGE, M.S.B. Violência contra a mulher: sofrimento psíquico e adoecimento mental. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, v. 8, p. 93, 2007.

ORGANIZATION OF AMERICAN STATES (OAS). Inter-American convention on the prevention, punishment, and eradication of violence against women. Washington: 1994. Disponível em: < https://www.oas.org/juridico/english/treaties/a-61.html>. Acesso em: 10 ago. 2020.

PAIXÃO, G.P.N *et al*. Características sociodemográficas e conjugais de mulheres com história de violência conjugal. Revista de atenção primaria à saúde, v. 22, p. 47, 2019.

PASINATO, W. Oito anos de Lei Maria da Penha.: Entre avanços, obstáculos e desafios. Revista de Estudos Feministas, v. 23, p. 533, 2015.

PITILIN, E.B. & SBARDELOTTO, T. Mortality in women of reproductive age: a comparative study between two periods. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, v. 11, p. 613, 2019.

PLICHTA, S.B. Intimate partner violence and physical health consequences. Journal of Interperson Violence, v. 19, p. 1296, 2014.

RIBEIRO, M.R.C. *et al.* Violência contra mulheres antes e durante o período gestacional: diferenças em taxas e perpetradores. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 20, p. 491, 2020.

SAGOT, M. & CARCEDO, A. Ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina: estudios de caso de diez países. Organização Pan-americana da Saúde, 2000.

SIGNORELLI, M.C. *et al*. Domestic violence against women, public policies and community health workers in Brazilian Primary Health Care. Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, p. 93, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global and regional estimates of violence against women prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. 2013. Disponível em: < https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625_eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 10 ago. 2020.

ZIMMERMANN, T.R. *et al*. Relações de gênero e violência contra mulheres indígenas em Amambai - MS (2003 - 3017). Espaço Ameríndio, v. 9, p. 105, 2015.

CAPÍTULO 19

PREVALÊNCIA DE DIABETES MELLITUS (DM) E COMPLICAÇÕES AUTORREFERIDAS EM PESSOAS ACIMA DE 40 ANOS NOS MUNICÍPIOS DE VARGINHA, TRÊS CORAÇÕES, LAMBARI E GUAPÉ, MINAS GERAIS

Emilay Valéria Paiva[1], Dinah Mileo Santoro[1], Matheus Guida de Oliveira[1], Anna Giulia Diniz Resende[1], Isabella Biaso Ribeiro de Oliveira[1], Luiz Gustavo Oleriano dos Santos[1], Sabrina Alauk Ribeiro[1], Vitórya Brito Oliveira[1], Priscila Moraes Henrique Paiva[2]

[1] Discente em Biomedicina, Centro Universitário do Sul de Minas- UNIS, Varginha/MG.
[2] Docente do Centro Universitário do Sul de Minas- UNIS, Varginha/MG.

Palavras-chave: *Diabetes autorreferida; Complicações autorreferidas; Comportamentos relacionados à saúde.*

1. INTRODUÇÃO

Diabetes Mellitus (DM) é um distúrbio metabólico caracterizado pela elevação da glicose no sangue (hiperglicemia), decorrente da falta de insulina e/ou pela incapacidade da insulina desempenhar seu funcionamento adequadamente (GROSS *et al.*, 2001). A insulina é um hormônio produzido pelas células beta do pâncreas que tem a principal função de promover a redução da glicemia, permitindo a entrada da glicose nas células do organismo por meio de interação com o receptor de membrana plasmática, de modo chave e fechadura (CARVALHEIRA *et al.*, 2002).

O DM é classificado em tipo 1, tipo 2, gestacional e outros tipos. A diabetes tipo 1 é uma doença autoimune, onde o pâncreas perde completamente a capacidade de produzir

insulina em decorrência de um defeito do sistema imunológico, onde os próprios anticorpos atacam as células betas, a causa pode ser por uma herança genética ou conjuntos de fatores ambientais; este tipo representa cerca de 5 a 10% dos casos de diabetes e surgem geralmente na infância e na adolescência (GOLBERT *et al.*, 2019).

Diferente do diabetes tipo 1, as pessoas com diabetes tipo 2 produzem insulina, porém a sua produção pode ser insuficiente para suprir as demandas do corpo ou a insulina não consegue agir corretamente, havendo uma resistência à ela. As suas causas ainda não estão claramente estabelecidas, mas são influenciadas por multifatores, envolvendo componentes genéticos e ambientais, sendo a principal razão o estilo de vida do indivíduo, pois a má alimentação, sedentarismo e obesidade influência na glicemia (SARTORELLI & FRANCO, 2003); este tipo de diabetes afeta principalmente adultos, mas nos últimos anos tem se observado uma grande incidência em adolescentes (GOLBERT *et al.*, 2019). Já o diabetes gestacional é determinado pela intolerância à glicose devido ao ganho excessivo de peso, elevação de hormônios contrarreguladores da insulina que prejudicam sua ação e outros. Após o parto há um redução da concentração plasmática desses hormônios e da redução de peso, voltando a glicemia à normalidade. Porém, quando não controlado, a mãe e o bebê podem ter diversas complicações, tais como, o desenvolvimento do diabetes tipo 2, pré-eclâmpsia e até morte (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA, 2008).

O diagnóstico precoce do diabetes é muito importante, pois permite realizar ações terapêuticas para controlar a hiperglicemia e retardar o aparecimento de complicações (GROSS *et al.*, 2002). O diagnóstico é realizado por meio de exames laboratoriais que observam a quantidade de glicose no sangue, tais como, o teste oral de tolerância à glicose (TOTG), em que mede-se a glicose sanguínea após um jejum de no mínimo 8 horas, onde o valor de referência da glicemia normal é inferior a 100 mg/dL e, caso dê igual ou superior a 126 mg/dL em dois dias diferentes, é provável que o indivíduo tenha diabetes.

É aferida a glicemia duas horas após a ingestão de um líquido açucarado, onde 75 g de glicose são dissolvidas em água e, se o valor do resultado for acima de 200 mg/dL, há a suspeita da doença; outro exame realizado é o teste de hemoglobina glicada, que reflete o histórico da glicemia nos últimos 120 dias, e o teste aleatório de glicose plasmática, que analisa a glicose sem considerar a última refeição (GOLBERT *et al.*, 2019); além de observar

os sintomas típicos da diabetes, no qual o indivíduo apresenta poliúria (vontade frequente de urinar), polidipsia (sede constante), polifagia (fome frequente), perda de peso, fraqueza e visão turva (GROSS *et al.*, 2002).

O mau controle do diabetes pode ocasionar diversas complicações no organismo, pois o excesso de glicose no sangue reduz a capacidade de eliminação de radicais livres e compromete o metabolismo das células, além de alterar quantitativamente e qualitativamente a elastina e o colágeno da parede dos vasos, o que provoca o endurecimento das artérias, desencadeando diversos problemas cardiovasculares. A presença constante de glicose no sangue eleva o desenvolvimento de aterosclerose, ou seja, o acúmulo de colesterol no vaso, o que ocasiona o seu estreitamento e, consequentemente, a má circulação, reduzindo o fluxo sanguíneo para a pele, olhos, órgãos e membros (BORTOLOTTO, 2007).

Os nervos também podem ser afetados pois a glicose torna-se neurotóxica, degenerando a bainha de mielina, atrofiando e perdendo as fibras mielinizadas e não mielinizadas, o que prejudica a transmissão de informações para o corpo, podendo causar dormência, fraqueza e perda da sensibilidade dos membros, o que eleva as chances de lesões e amputações (DIAS & CARNEIRO, 2000). A maior parte dessas complicações acontecem quando não se tem um controle da taxa glicêmica, associada a má alimentação, sedentarismo, tabagismo, obesidade, falta de tratamento e a não realização de exames dentro dos prazos estabelecidos pelos médicos (CORTEZ *et al.*, 2015).

A prioridade do tratamento de todos os tipos de diabetes é o controle glicêmico, proporcionando uma condição parecida ao funcionamento normal do organismo (RODRIGUES *et al.*, 2011). O controle da quantidade de glicose no sangue é realizada por meio de dieta nutricionalmente adequada, prática de exercícios físicos, uso de medicações e/ou equilíbrio emocional, visto que estes aspectos influenciam diretamente sobre a doença, onde essas opções podem ser utilizadas isoladas ou associadas (GUIMARÃES & TAKAYANAGUI, 2002).

Os tipos de medicações mais utilizados são antiobesidade, sensibilizadores da ação da insulina, hipoglicemiantes orais e insulina (ARAÚJO *et al.*, 2000). Porém no diabetes tipo 2 o tratamento é de acordo com o grau de necessidade de cada caso e cada pessoa. No diabetes tipo 1, são necessárias injeções diárias de insulina para manter a glicose em valores

considerados normais, já que nesse caso não há a produção de insulina (PIRES & CHACRA, 2008).

Para ambos os casos é necessário realizar exames periodicamente para acompanhar os níveis de glicemia e de suas complicações. Os exames realizados são glicemia capilar, em casa, para acompanhar qualquer alteração, hemoglobina glicada que mostra a média dos níveis de açúcar nos últimos quatro meses, teste do monofilamento (feito para testar a sensibilidade dos pés), o exame de fundo de olho, para visualizar as alterações nos pequenos vasos sanguíneos da retina, exames de urina para medir a albumina e a creatinina, para observar o funcionamento dos rins (CONSENSO BRASILEIRO SOBRE DIABETES, 2000).

A melhor forma de prevenir a diabetes tipo 2 é a mudança comportamental, reduzindo hábitos que são nocivos à saúde e passando a adotar um estilo de vida mais saudável, tais como uma alimentação equilibrada, com a redução do consumo de açúcar, sal e gordura, e práticas de exercícios físico regularmente, pois além de ajudar no controle do peso corporal, torna as células mais sensíveis à insulina e usa a glicose como fonte de energia (FERREIRA *et al.*, 2005). Já para o diabetes tipo 1 ainda não existe nenhuma forma de prevenção, porém esses hábitos saudáveis e o acompanhamento médico regular podem ajudar a prevenir ou a reduzir as complicações associadas à doença (MARCELINO & CARVALHO, 2005).

Esta doença possui uma alta incidência na população global, representando um importante problema de saúde pública, pois é uma das principais causas de mortes, sendo que em 2014 houveram 4,9 milhões de mortes mundialmente, podendo alcançar o 7° lugar dos óbitos em 2030. Estima-se que, em geral, esta doença afeta 347 milhões de pessoas, sendo que mais de 80% das mortes ocorrem em países de baixa e média renda (PETERMANN *et al.*, 2015), pois nesses países os recursos médicos são carentes e, com isso, os diabéticos tendem a morrer precocemente por complicações decorrentes da doença.

Em 2011 o diabetes foi o responsável por 5,3% de óbitos no Brasil e, em 2019, o número de pessoas afetadas entre 20 e 79 anos foi de aproximadamente 135 mil, sendo observado um aumento de 60% no diagnóstico da doença entre 2006 e 2016, mas cerca de 46% dos indivíduos não sabem que possuem diabetes, o que corresponde a cerca de 18 milhões de brasileiros (GOLBERT *et al.*, 2019).

O presente estudo teve como objetivos estimar a prevalência de diabetes mellitus e suas complicações autorreferidas, em pessoas com idade mínima de 40 anos não institucionalizadas nos municípios de Varginha, Três Corações, Lambari e Guapé, Sul de Minas Gerais.

2. MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de campo de natureza quantitativa, de forma aleatória, de base populacional e um estudo transversal, no qual foram entrevistados 500 indivíduos não institucionalizados, com idade mínima de 40 anos, residentes na área urbana dos municípios de Varginha, Três Corações, Lambari e Guapé, localizados no Sul de Minas Gerais.

Para a estruturação deste estudo, foi realizado um revisão de 23 artigos publicados entre 2000 e 2019, e, considerando o cenário atual em relação a pandemia mundial do novo coronavírus, para a entrevista, foi enviado por meio de redes sociais um questionário realizado no Google Forms composto por questões sociodemográficas (sexo, idade, cor e naturalidade), socioeconômicas (escolaridade, renda familiar mensal e atividade ocupacional), comportamentos relacionados à saúde (hábito de fumar, ingestão de bebida alcoólica, prática de exercícios físico e nível de percepção da própria saúde) e outros. Os dados foram adicionados em planilhas do programa Planilhas Google para análise e confecção de gráficos e tabelas.

3. RESULTADOS

Foram entrevistados 500 indivíduos, dos quais 31,8% (159) relataram possuir diabetes e 68,2% (341) não. A maioria dos diabéticos autorreferidos são do sexo feminino, de cor branca, naturais de outros municípios, com uma faixa etária de 61 a 70 anos, sendo a média de idade 64,78 anos, como demonstra a Tabela 1.

Tabela 1. Prevalência de diabetes mellitus segundo variáveis sociodemográficas em pessoas com 40 anos ou mais

Variável	N° total de indivíduos	N° de indivíduos não diabéticos	N° de Indivíduos diabéticos
Sexo			
Feminino	292 (58,4%)	192 (56,3%)	100 (62,9%)
Masculino	208 (41,6%)	149 (43,7%)	59 (37,1%)
Total	500	341	159
Média de idade			
	61,65 anos	60,22 anos	64,78 anos
Faixa etária			
40 - 50 anos	99 (19,8%)	85 (25%)	14 (9%)
51 - 60 anos	137 (27,4%)	94 (28%)	43 (27%)
61 - 70 anos	141 (28,2%)	85 (25%)	56 (35%)
71 - 80 anos	90 (18%)	59 (17%)	31 (19%)
80 e mais	33 (6,6%)	18 (5%)	15 (10%)
Total	500	341	159
Cor			
Branca	364 (72,8%)	236 (69%)	128 (80%)
Não Branca	136 (27,2%)	105 (31%)	31 (20%)
Total	500	341	159
Naturalidade			
Varginha	102 (20,4%)	70 (21%)	32 (20%)
Três Corações	95 (19%)	71 (21%)	24 (15%)
Lambari	118 (23,6%)	76 (22%)	42 (26%)
Guapé	37 (7,4%)	24 (7%)	13 (8%)
Outros municípios	148 (29,6%)	100 (29%)	48 (31%)
Total	500	341	159

Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

Quanto à escolaridade, houve uma predominância de indivíduos com ensino médio completo, exceto os não diabéticos, no qual apresentou uma maior prevalência de indivíduos com ensino fundamental incompleto. Houve uma prevalência de indivíduos com uma renda familiar mensal entre 1 a 2,5 salários mínimos e, de acordo com a atividade ocupacional, 247

(49,4%) indivíduos trabalham, sendo que 58 (36,5%) são diabéticos autorreferidos (Tabela 2).

Tabela 2. Prevalência de diabetes mellitus segundo variáveis socioeconômicas em pessoas com quarenta anos ou mais

Variável	N° total de indivíduos	N° de indivíduos não diabéticos	N° de indivíduos diabéticos
Escolaridade			
Analfabeto	38 (7,6%)	21 (6%)	17 (11%)
Ensino fundamental completo	58 (11,6%)	37 (11%)	21 (13%)
Ensino fundamental incompleto	140 (28%)	94 (28%)	46 (29%)
Ensino médio completo	141 (28,2)	89 (26%)	52 (32%)
Ensino médio incompleto	46 (9,2%)	32 (10%)	14 (9%)
Ensino superior	59 (11,8%)	53 (15%)	6 (4%)
Pós- graduação	18 (3,8%)	15 (4%)	3 (2%)
Total	500	341	159
Renda familiar mensal			
< ou = a 1 salário	191 (38,2%)	131 (38%)	60 (38%)
1 a 2,5 salários	203 (40,6%)	132 (39%)	71 (45%)
2,5 a 4 salários	76 (15,2%)	52 (15%)	24 (15%)
> 4 salários	30 (6%)	26 (8%)	4 (2%)
Total	500	341	159
Atividade ocupacional			
Sim	247 (49,4%)	189 (55,4%)	58 (36,5%)
Não	253 (50,5%)	152 (44,6%)	101 (63,5%)
Total	500	341	159

Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

Houve uma prevalência de indivíduos que possuem o índice de massa corporal (IMC) > 25 Kg/m^2, que não praticam exercícios físico regularmente, não fumam e ingerem bebida alcoólica menos de duas vezes por semana ou não bebem. A maioria dos diabéticos auto classificam a saúde como ruim ou regular e os não diabéticos como boa ou muito boa (Tabela 3).

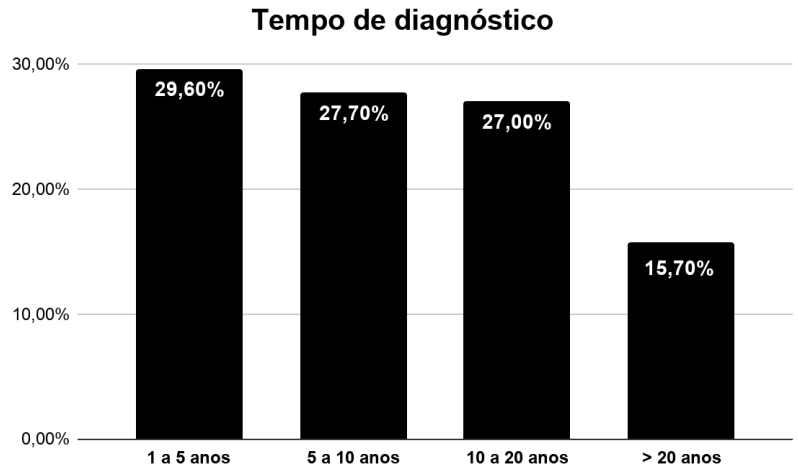
Tabela 3. Prevalência de diabetes mellitus segundo comportamento relacionados à saúde e índice de massa corporal (IMC) em pessoas com quarenta anos ou mais.

Variável	N° total de indivíduos	N° de indivíduos não diabéticos	N° de indivíduos diabéticos
IMC			
< 25 Kg/m^2	184 (36,8%)	134 (39,3%)	50 (31,45%)
> 25 Kg/m^2	316 (63,2%)	207 (60,7%)	109 (68,55%)
Total	500	341	159
Hábito de fumar			
Fumante	86 (17,2%)	61 (17,9%)	25 (15,72%)
Não fumante	299 (59,8%)	204 (59,8%)	95 (59,75%)
Ex-fumante	115 (23%)	76 (22,3%)	39 (24,53%)
Total	500	341	159
Prática de exercício físico			
Pratica exercícios regularmente	173 (34,6%)	135 (39,6%)	38 (23,9%)
Não pratica exercícios	327 (65,4%)	206 (60,4%)	121 (76,1%)
Total	500	341	159
Frequência de ingestão de bebida alcoólica			
< de 2 vezes/semana ou não bebe	415 (83%)	279 (81%)	136 (85,5%)
> de 2 vezes/semana	85 (17%)	62 (19%)	23 (14,5%)
Total	500	341	159
Nível de autopercepção da saúde			
Ruim ou regular	173 (34,6%)	86 (25,2%)	87 (54,7%)
Boa ou muito boa	327 (65,4%)	255 (74,8%)	72 (45,3%)
Total	500	341	159

Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

Dos 159 diabéticos autorreferidos, 29,6% (47) descobriram a doença entre 1 a 5 anos atrás, 27,7% (44) de 5 a 10 anos, 27% (43) de 10 a 20 anos e 15,7% (25) a mais de 20 anos (Figura 1).

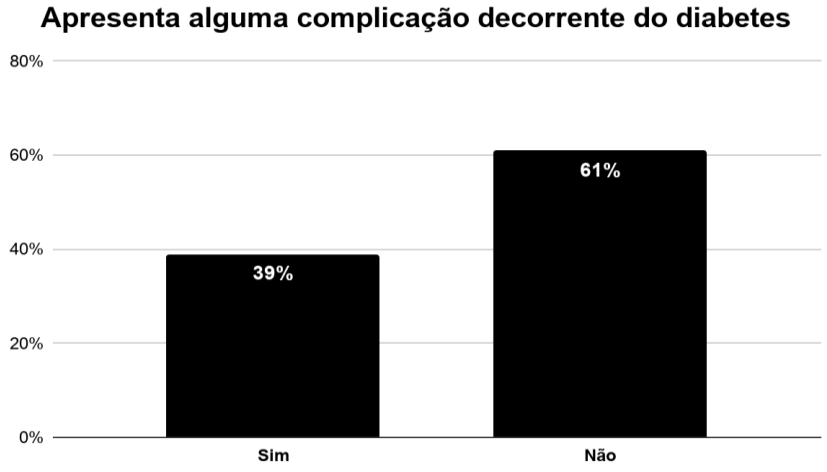
Figura 1. Apresentação dos diabéticos quanto ao tempo de diagnóstico



Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

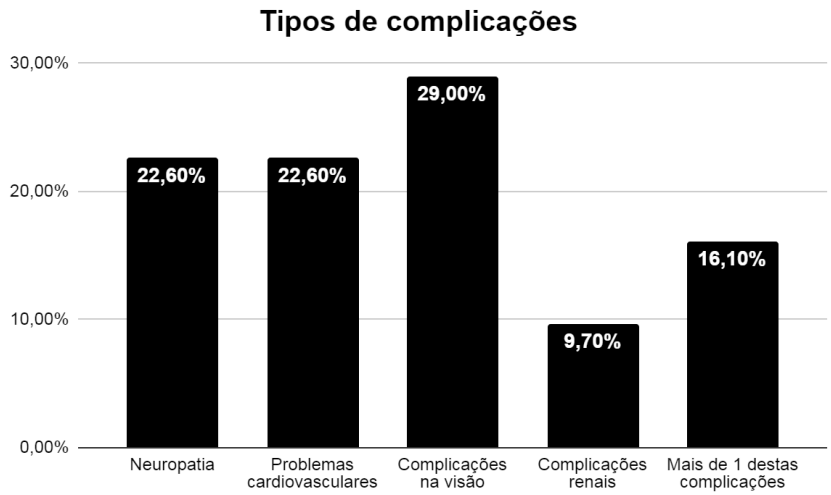
Destes indivíduos, 39% (62) deles apresentam complicação decorrente do diabetes e 61% (97) não (Figura 2). Dos 62 que apresentam complicações, 22,6% (14) possuem neuropatia, 22,6% (14) problemas cardiovasculares, 29% (18) complicações na visão, 9,7% complicações renais (6) e 16,10% (10) apresentam mais de uma destas complicações (Figura 3).

Figura 2. Apresentação dos diabéticos de acordo com a presença de complicações



Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

Figura 3. Apresentação dos tipos de complicações



Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

A presença de complicações decorrente do diabetes pode estar associada ao tempo de diagnóstico da doença. Na Tabela 4 é possível observar que a presença de complicações é maior em indivíduos que possuem o diagnóstico da doença a mais de 10 anos, e a explicação destes 9,4% de diabéticos com a presença de complicações, mesmo com o diagnóstico recente, é por terem descoberto a doença só por causa do aparecimento de algum problema decorrente.

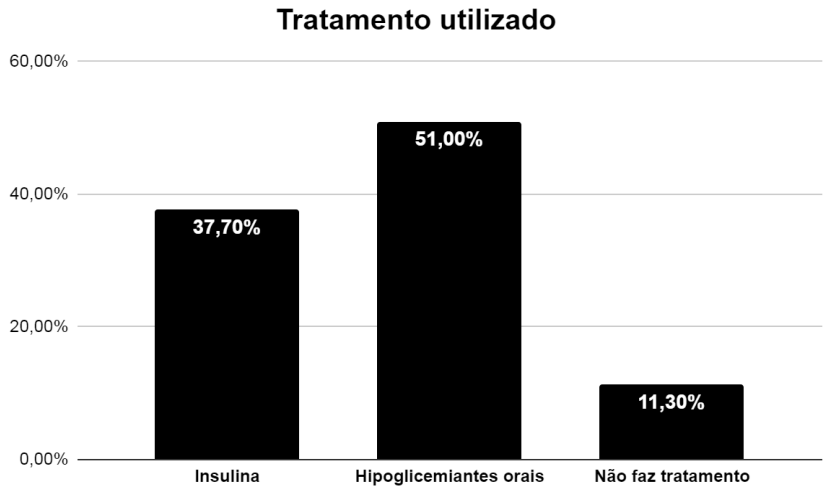
Tabela 4. Comparação entre o tempo de diagnóstico e a presença de complicações

Duração da doença (anos)	**Presença de complicação relacionada ao diabetes**	**Total**	
	Não	**Sim**	
1 a 5 anos	32 (20,1%)	15 (9,4%)	47 (29,5%)
5 a 10 anos	28 (17,6%)	16 (10%)	44 (27,6%)
10 a 20 anos	23 (14,5%)	20 (12,6%)	43 (27,1%)
> 20 anos	14 (8,8%)	11 (7%)	25 (15,8%)
Total	97 (61%)	62 (39%)	159 (100%)

Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

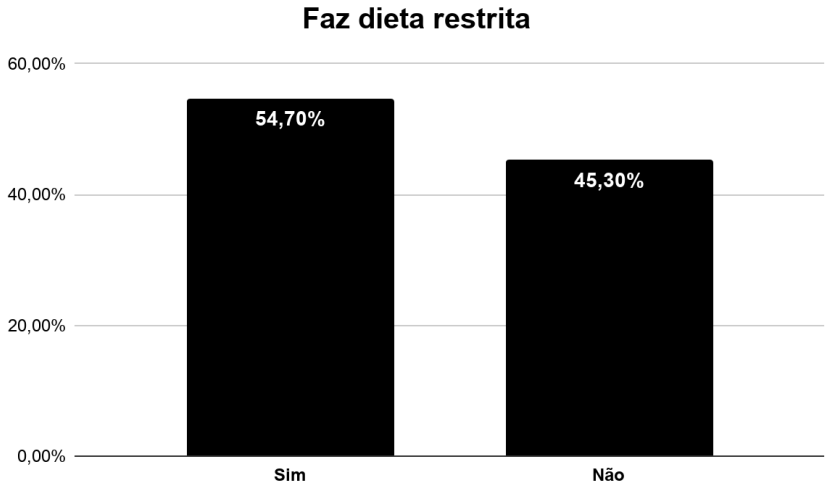
Em relação ao tratamento utilizado, 37,7% (60) destes indivíduos fazem tratamento com insulina, 51% (81) com hipoglicemiantes orais e 11,3% (18) não faz nenhum tipo de tratamento (Figura 4). Em relação à dieta restrita para o controle do diabetes, apenas 54,7% (87) dos diabéticos autorreferido fazem e outros 45,3% (72) não (Figura 5).

Figura 4. Apresentação dos tratamentos utilizados pelos diabéticos



Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

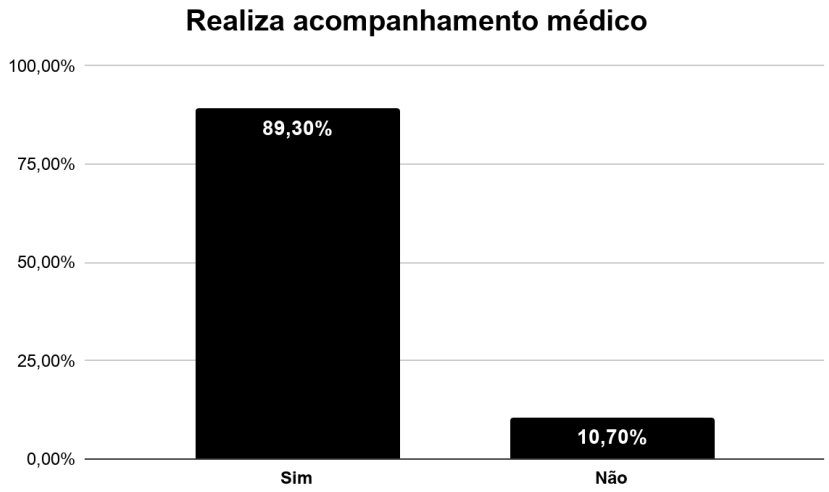
Figura 5. Apresentação dos entrevistados quanto a realização de dieta restrita



Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

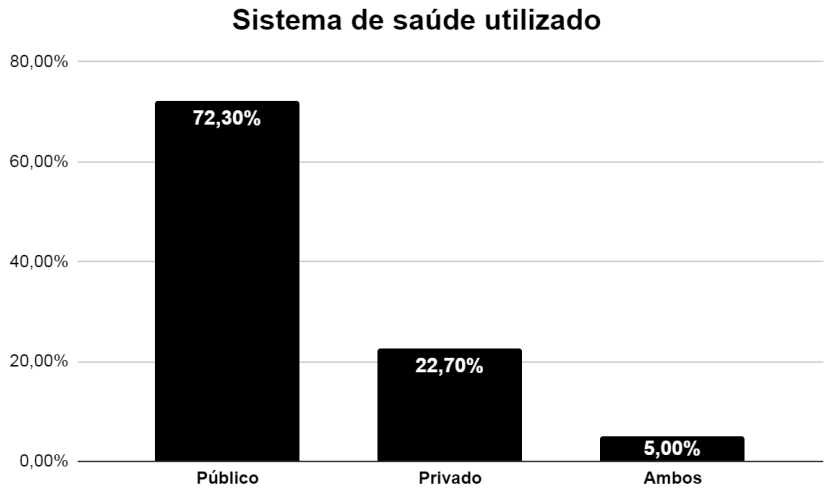
Quanto a realização de acompanhamento médico periodicamente para controle, apenas 89,3% (142) dos diabéticos autorreferidos o fazem, enquanto que 10,7% (17) não (Figura 6). 72,3% (115) desses indivíduos utilizam o sistema público de saúde, 22,7% (36) o sistema privado e 5% (8) ambos os sistemas (Figura 7).

Figura 6. Apresentação dos entrevistados em relação ao acompanhamento médico periodicamente



Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

Figura 7. Apresentação dos diabéticos de acordo com o sistema de saúde utilizado



Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

4. DISCUSSÃO

Dentre as 500 pessoas que compuseram este estudo, 159 relataram possuir diabetes mellitus, sendo possível observar uma prevalência em indivíduos do sexo feminino, o que coincide com diversos outros estudos. Petermann e colaboradores (2015) explicam que há uma predominância de diabetes na população feminina pelo fato de mulheres serem mais preocupadas com a saúde e buscarem mais assistência médica em relação aos homens. Entretanto há a discordância com eles levando em questão a escolaridade, que evidencia que a maioria dos casos de diabetes mellitus ocorre entre os analfabetos e pessoas com baixa escolaridade, porque quanto menor o nível de escolaridade e de informação, maior é a tendência ao desenvolvimento da doença. Porém, na presente pesquisa observou-se uma maior prevalência de diabéticos autorreferidos com ensino médio completo, seguida de indivíduos com ensino fundamental incompleto.

Além disso, a maior parte dos diabéticos autorreferidos são brancos, assemelhando-se com a pesquisa de Mendes e colaboradores (2011), porém difere-se de Ferreira e Ferreira (2009) onde foi observada maior prevalência de diabetes mellitus em pessoas de pele escura. Brito e colaboradores (2001) explicam que alguns estudos realizados demonstraram que devido à herança genética, a população de pele negra possui uma maior produção de insulina após a ingestão de glicose, porém apresentam uma maior resistência a ela quando comparado com indivíduos de pele branca, o que eleva os riscos de desenvolvimento de diabetes tipo 2.

Em relação a renda mensal, a maioria possui menos de 1 a 2,5 salários mínimos, sendo similar aos estudos de Araújo e colaboradores (2010), nos quais a maioria de seus entrevistados vivem com uma renda familiar inferior à faixa de um a três salários mínimos mensais. Porém menos da metade dos diabéticos autorreferido deste estudo possui alguma atividade ocupacional atualmente e, de acordo com Araújo e colaboradores (2010), a maioria desses indivíduos não trabalham pois grande parte estão aposentados ou restritos ao lar devido a faixa etária, sendo observado que a maioria destes possui entre 61 a 70 anos, com uma média de 64,78 anos.

Houve uma predominância de diabéticos autorreferidos que possui o tempo de diagnóstico entre um a cinco anos, apresentando uma diferença com a pesquisa de Cortez e colaboradores (2015), pois estes observaram que o percentual de diabéticos que descobriram a doença há mais de 10 anos é maior do que os que têm a doença há menos de cinco anos.

Entretanto, os presentes resultados coincidem com eles em relação a associação de tempo de diagnóstico e presença de complicações, visto que o aparecimento de complicações é maior em indivíduos que possuem o diagnóstico da doença a mais de 10 anos, enquanto que a maioria dos diabéticos autorreferidos que possuem o diagnóstico recente não possuem complicações. Cortez e colaboradores (2015) ainda explicam que o aparecimento destes problemas se agravam nas pessoas que não realizam as ações necessárias para o controle da hiperglicemia, como a alimentação adequada, prática de exercícios físicos, perda de peso e a realização do tratamento correto e necessário.

Comparando com os estudos de Francisco e colaboradores (2010) há uma semelhança em relação às complicações, onde menos da metade dos entrevistados apresentam algum problema decorrente do diabetes, sendo 62 (39%) indivíduos. Nesta amostra foi possível observar uma prevalência de complicações na visão. Ferreira e colaboradores (2011) explicam que a retinopatia diabética ocorre devido mudanças no funcionamento ocular por alterações vasculares da retina e a opacificação do cristalino, porém discorda-se de Ferreira e Ferreira (2009), visto que em sua pesquisa o problema cardiovascular foi uma das complicações mais frequentes e dizem que isto está relacionado ao descontrole da hipertensão arterial.

O IMC é a avaliação do peso do indivíduo em relação a sua altura e, nesta pesquisa, foi observado que a maioria dos entrevistados possui o IMC maior que 25 Kg/m^2, ou seja, acima do normal. Silveira (2003) explica que o IMC está associado com o desenvolvimento de diabetes pois, conforme o indivíduo aumenta sua massa gorda, há o aumento da resistência à insulina, o que consequentemente eleva os níveis glicêmicos. Estes resultados são similares em comparação com o artigo de Petermann e colaboradores (2015), visto que encontraram uma média do IMC de 27,79 Kg/m^2. Além disso, foi observado nesta pesquisa que poucos diabéticos autorreferidos realizam a prática de exercício físico regularmente e dieta restrita como uma medida para controle glicêmico, sendo 23,9% e 54,7% respectivamente, sendo um valor muito parecido ao resultado de Mendes e colaboradores (2011), pois apenas 52,1% de seus entrevistados fazem dieta. Também há a semelhança em relação ao hábito de fumar e a frequência de ingestão de bebida alcoólica, onde a maioria dos diabéticos autorreferidos não fumam e bebem menos de duas vezes por semana ou não bebem.

Boa parte dos 500 entrevistados auto classificaram a saúde como “boa ou muito boa”, porém, entre os diabéticos autorreferidos, houve uma predominância da percepção da própria saúde como “ruim ou regular”, discordando-se dos estudos de Francisco e colaboradores (2010) e de Mendes e colaboradores (2011), nos quais a maioria de seus entrevistados classificaram como “boa”. Em contrapartida, eles explicam que esta prevalência de autopercepção da saúde como “ruim ou regular” entre diabéticos pode ser justificado pelo fato de ser uma doença que pode causar inúmeras limitações e complicações ao indivíduo, alterando relatos favoráveis da própria saúde.

De acordo com Mendes e colaboradores (2011) o diabetes é uma doença silenciosa e grave, sendo muito importante o tratamento e a visita periódica ao serviço de saúde para o acompanhamento e controle da doença. Esta pesquisa verificou que o tratamento mais utilizado é aquele que faz uso dos hipoglicemiantes orais. A maioria (89,3%) dos diabéticos autorreferidos procuram regularmente o médico, assemelhando se aos estudos de Francisco e colaboradores (2010), no qual a maioria de seus entrevistados também utilizam este tratamento e realizam a visita periodicamente. Estes ainda explicam que os que não realizam este acompanhamento pode ser explicados devido à dificuldade ao acesso por questões geográficas, falta de tempo, por considerar desnecessário ou por procurar somente quando aparece algum problema.

Conforme Ferreira e Ferreira (2009), esta doença possui um custo social elevado e impactos preocupantes na morbimortalidade mundial e, devido a isso, os governantes assumiram um papel importante desenvolvendo o Sistema HiperDia, que tem o objetivo de permitir o acompanhamento, fornecimento de medicamentos e informações a paciente cadastrados e atendidos no SUS, sendo um dos motivos de boa parte dos diabéticos autorreferido deste estudo utilizarem o sistema público de saúde, indicando que os serviços de saúde estão garantindo o acesso ao atendimento médico.

5. ESTRATÉGIA DE SOLUÇÃO

- A internet hoje em dia atinge públicos de idades variadas e exerce um papel importante para a disseminação de informações, tornando-se, assim, uma chave essencial, por meio de campanhas publicitárias e vídeos explicativos postados em

redes sociais, para orientar a população sobre o diabetes e a importância de sua prevenção e tratamento.

- Infelizmente muitas pessoas vivem em situações mais precárias e de difícil acesso à informação, onde muitas não possuem ideia das complicações que esta doença pode causar e não sabem que possuem o direito de acompanhamento médico e tratamento gratuito. Portanto, é de suma necessidade levar informações a essas regiões carentes por meio de palestras e oficinas.
- Quanto menor o nível de escolaridade e de informação, maior é a tendência ao desenvolvimento da doença. Sendo assim, é fundamental realizar estratégias dirigidas a crianças e adolescentes, por meio de palestras, oficinas e entrega de panfletos nas escolas, com objetivo de orientar sobre a doença e incentivar um estilo de vida mais saudável, visto que a maioria delas descuidam de sua alimentação e acabam fazendo refeições não saudáveis, o que pode ocasionar o aumento de peso e o aumento do risco de desenvolvimento do diabetes tipo 2 precocemente.
- Organizar e realizar extensões universitárias trimestrais com profissionais de diversas especialidades (médicos, biomédicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas e outros), estabelecendo a comunicação com a população de idades variadas, diabéticas e não diabéticas, com objetivo de ministrar palestras sobre os temas relacionados ao diabetes e o seu impacto na saúde, esclarecer dúvidas, atualizar sobre as últimas novidades relacionadas a doença. A extensão também pode ter o intuito de realizar testes de glicemia e as medições do índice de massa corporal, além de estimular a adoção de uma alimentação saudável, de práticas de exercícios físicos, e abrir espaços para que a população possa compartilhar suas experiências. Durante esses encontros pode haver uma transmissão online em redes sociais dos conteúdos ministrados para que possa alcançar uma maior extensão de ouvintes.

6. CONCLUSÃO

De acordo com os dados expostos conclui-se que DM é uma doença silenciosa e grave que possui alta incidência na população global, caracterizada pela falta ou incapacidade da insulina em desempenhar a sua função corretamente, estando associada a fatores

sociodemográficos, socioeconômicos e outras condições de saúde, sendo o estilo de vida do indivíduo uma das principais causas, pois a má alimentação, sedentarismo e o IMC elevado aumentam as chances de desenvolvimento da doença e de complicações decorrentes.

O conhecimento desta doença é a base para se conseguir a prática correta do autocuidado. Portanto, é de suma importância e necessidade realizar a conscientização da população sobre a relevância da prevenção e do tratamento, incentivando e implementando medidas de práticas de hábitos saudáveis.

Esta pesquisa permitiu uma maior compreensão e aprofundamento do conteúdo, sendo um assunto que merece uma contínua reflexão.

7. REFERÊNCIAS

ARAÚJO, L.M.B. *et al.* Tratamento do diabetes mellitus do tipo 2: novas opções. Arquivos brasileiros de endocrinologia & metabologia, v. 44, n. 6, p. 509-518, 2000.

ARAÚJO, M.F.M. de *et al.* Aderência de diabéticos ao tratamento medicamentoso com hipoglicemiantes orais. Escola Anna Nery, v. 14, p. 361, 2010.

BORTOLOTTO, L.A. Alterações das propriedades funcionais e estruturais de grandes artérias no diabetes mellitus. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, v. 51, p. 176, 2007.

BRITO, I.C. *et al*. Associação da cor da pele com diabetes mellitus tipo 2 e intolerância à glicose em mulheres obesas de Salvador, Bahia. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, v. 45, p. 475, 2001.

CARVALHEIRA, J.B.C. *et al*. Vias de sinalização da insulina. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, v. 46, p. 419, 2002.

CONSENSO BRASILEIRO SOBRE DIABETES. Diagnóstico e classificação do diabetes mellitus e tratamento do diabetes mellitus tipo 2. Sociedade Brasileira de Diabetes, 2000.

CORTEZ, D.N. *et al.* Complicações e o tempo de diagnóstico do diabetes mellitus na atenção primária. Acta Paulista de Enfermagem, v. 28, p. 250, 2015.

DIAS, R.J.S. & CARNEIRO, A.P. Neuropatia diabética: fisiopatologia, clínica e eletroneuromiografia. Revista Acta Fisiátrica, v. 7, n. 1, 2000.

FERREIRA, C.L.R.A & FERREIRA, M.G. Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde: análise a partir do sistema HiperDia. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, v. 53, p. 80, 2009.

FERREIRA, L.T. *et al.* Diabetes melito: hiperglicemia crônica e suas complicações. Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde, v. 36, n. 3, 2011.

FERREIRA, S.R.G. *et al.* Intervenções na prevenção do diabetes mellitus tipo 2: é viável um programa populacional em nosso meio?. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, v. 49, p. 479, 2005.

FRANCISCO, P.M.S.B. *et al.* Diabetes auto-referido em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle. Cadernos de saúde pública, v. 26, p. 175, 2010.

GOLBERT, A. *et al.* Diretrizes da Sociedade Brasileira de diabetes 2019-2020. 2020.

GROSS, J.L. *et al.* Diabetes melito: diagnóstico, classificação e avaliação do controle glicêmico. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, v. 46, p. 16, 2002.

GUIMARÃES, F.P.M. & TAKAYANAGUI, A.M.M. Orientações recebidas do serviço de saúde por pacientes para o tratamento do portador de diabetes mellitus tipo 2. Revista de Nutrição, v. 15, p. 37, 2002.

MARCELINO, D.B. & CARVALHO, M.D.B. Reflexões sobre o diabetes tipo 1 e sua relação com o emocional. Psicologia: reflexão e crítica, v. 18, p. 72, 2005.

MENDES, T.A.B. *et al.* Diabetes mellitus: fatores associados à prevalência em idosos, medidas e práticas de controle e uso dos serviços de saúde em São Paulo, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 27, p. 1233, 2011.

PETERMANN, X.B. et al. Epidemiologia e cuidado à Diabetes Mellitus praticado na Atenção Primária à Saúde: uma revisão narrativa. Saúde (Santa Maria), v. 41, p. 49, 2015.

PIRES, A.C. & CHACRA, A.R. A evolução da insulinoterapia no diabetes melito tipo 1. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, v. 52, p. 268, 2008.

RODRIGUES, D.F. *et al.* Prevalência de fatores de risco e complicações do diabetes mellitus tipo 2 em usuários de uma Unidade de Saúde da Família. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, v. 15, p. 277, 2011.

SARTORELLI, D.S, & FRANCO, L.J. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. Cadernos de saúde pública, v. 19, S29, 2003.

SILVEIRA, L.A.G. Correlação entre obesidade e diabetes tipo 2. Revista Digital Vida e Saúde, v. 2, n. 2, 2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. Diabetes mellitus gestacional. Revista da Associação Médica Brasileira, v. 54, p. 471, 2008.

CAPÍTULO 20

SAÚDE E ARTE: AFETAÇÕES DE UM DISCENTE DURANTE A FORMAÇÃO EM MEDICINA

Gustavo A Rezende[1], Fábio S Tajra[2]

[1] Discente de Medicina, Universidade Federal do Piauí, Teresina/PI.
[2] Docente do Departamento de Medicina Comunitária, Universidade Federal do Piauí, Teresina/PI.

Palavras-chave: *Saúde; Arte; Hermenêutica.*

1. INTRODUÇÃO

A formação em saúde constitui temática bastante complexa e envolve múltiplas dimensões. De fato, compõe um campo diverso que busca relacionar o ensino, a atenção, a gestão e o controle social (CECCIM & FEUERWERKER, 2004).

Mesmo quando tratamos da atenção à saúde enquanto dimensão para a formação em saúde, devemos atentar para uma pluralidade de oportunidades geradas por meio do encontro com os sujeitos em cenários e contextos bastante particulares. Isso também diz respeito ao reconhecimento das necessidades, demandas e representações da população, primeiro contato, relação médico-cliente a ser construída, elaboração do plano de cuidados de forma participativa, articulação e integração das redes de cuidados, dentre outros.

Assim, esse é um desafio, tanto para estudantes, quanto para professores, já que envolve aspectos subjetivos e busca desenvolver diversas questões técnicas e atitudinais que são indispensáveis para o desenvolvimento de práticas em saúde.

Muitas são as dificuldades a serem contornadas pelos estudantes durante a formação em saúde (BATISTA & GONCALVES, 2011; PINHEIRO *et al.*, 2018). Além da complexidade dos assuntos e das preocupações com avaliações, as expectativas e as

responsabilidades geradas para um curso que vai lidar com vidas humanas, tornam-se consideravelmente elevadas. Além disso, vale destacar que esse processo de ensino e aprendizagem apresenta efeitos significativos sobre os estudantes em diversos âmbitos de sua vivência. Dessa forma, faz-se necessário um olhar diferenciado para as abordagens pedagógicas e técnicas para compartilhamento de saberes e práticas, o que torna desafiadora essa tarefa de formar profissionais.

De acordo com o que consta nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de Medicina, com última regulamentação em 2014, o estudante necessita de formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, estando apto para a atuação nos diferentes níveis de atenção à saúde. Atenta-se, ainda, para a responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e ressalta-se a importância da determinação social do processo de saúde e doença. Faz-se presente no texto a indicação de que a formação acadêmica do estudante de Medicina visa a perpassar pelas diferentes áreas de competência da prática médica: Atenção à Saúde, Gestão em Saúde e Educação em Saúde. Isso busca evidenciar a abrangência de habilidades que o curso intenciona estimular no discente como preparação para a carreira médica (BRASIL, 2014).

Segundo as novas DCN, o curso de graduação de Medicina deve estar estruturado no uso de metodologias que deem privilégio à participação ativa do aluno na construção do conhecimento (BRASIL, 2014). Esse é um importante desafio.

Diante disso, observamos a importância de práticas de formação em saúde orientadas para a integração ensino-serviço-comunidade, de tal forma a oportunizar múltiplas experiências que culminarão com o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes (ZARPELON *et al.*, 2018). Para alimentar essa tríade, são demandadas ações para cada um dos componentes (instituições de ensino, serviços de saúde e comunidade) e sujeitos envoltos pelo desafio de formação em saúde (GOMES *et al.*, 2012).

Nesse sentido, problematizamos: Como se dá a experiência de formação em medicina? Que estratégias são utilizadas para aperfeiçoar a relação do futuro profissional de saúde com o usuário? Que sentidos são produzidos no contato estudante-usuário?

Em resposta, este trabalho tem como objetivo apresentar as afetações de um estudante de uma universidade pública do nordeste brasileiro durante a formação em saúde.

2. MÉTODO

Esta produção trata das experiências de um estudante de medicina sobre a formação em saúde. Faz referência a um relato de experiência em que serão mencionados sentidos produzidos pelo estudante no contato com os usuários durante as aulas práticas de uma das disciplinas do início do eixo clínico do curso de medicina da Universidade Federal do Piauí.

Na instituição em que o estudo foi realizado, o curso de medicina está organizado em doze semestres divididos em eixo básico, clínico e internato. Além de Hospital Universitário próprio, o curso conta com outras unidades clínicas e hospitalares da rede pública para oportunizar a experiência do acadêmico no cenário de práticas. Nas disciplinas do eixo clínico, no terceiro e no quarto ano do curso, os acadêmicos são divididos em subgrupos para a realização das práticas. Nos casos de prática em enfermaria - como na disciplina em que a pesquisa foi realizada, essa etapa consiste na interação dos alunos com os pacientes internados, seguindo o roteiro de anamnese, com posterior discussão dos casos com o professor responsável pela condução da prática.

Enquanto técnica para a produção dos dados, foi utilizada a versão de sentido (AMATUZZI, 2010). Nesse caso, além da narrativa (produção textual) em que foram mencionadas diversas cenas e situações, foi produzida uma imagem ou série de imagens que busca representar os sentidos dessa experiência.

Desprendida de obrigatoriedade com a objetividade, a versão de sentido propõe explanar livremente determinado acontecimento, pela ótica do participante. Trata-se do relato de uma experiência da forma como quem viveu decide repassar, de acordo com o que foi sentido durante o que se passou, incluindo suas percepções e reações ao fato (AMATUZZI, 2010).

As versões de sentido foram produzidas durante o segundo semestre de 2018, semanalmente, após as práticas em grupo em enfermaria. As experiências oportunizadas

ao estudante, seja por meio de observação direta dos serviços ou mesmo a partir de encontros com os pacientes, subsidiaram a elaboração de um diário de afetações que compuseram um compilado de Versões de Sentido (VS). Os registros estão relacionados com o exercício de empatia e manifesta a perspectiva crítico-reflexiva do estudante.

A análise dos dados se deu a partir do referencial teórico da hermenêutica de Hans-Georg Gadamer. A proposta hermenêutica de Gadamer (2015) forneceu os pressupostos para aproximação mais adequada da natureza interpretativa da produção empírica. Por meio disso, reconhecemos que vivemos em um contexto pautado por uma pluralidade de possíveis significações e, desta forma, podem ser elaboradas diversas leituras do mundo.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

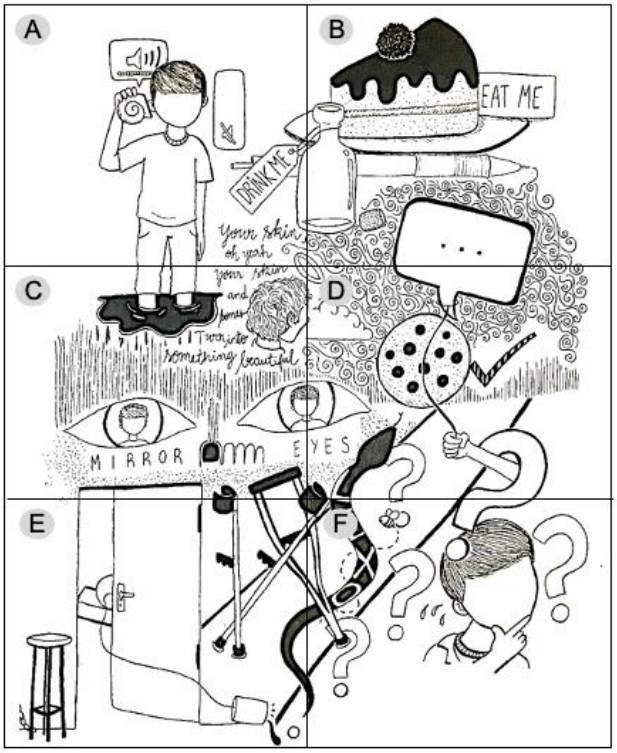
As afetações do estudante foram representadas por meio da arte e estão aqui reunidas na ilustração a seguir (Figura 1).

Figura 1. Produção visual das afetações do estudante durante a formação em medicina.

Fonte: elaborado pelo autor, 2018.

Para a sua análise, recorremos para a setorização da ilustração (Figura 2). Isso possibilitará o reconhecimento dos elementos simbólicos que compuseram essa narrativa visual.

Figura 2. Setorização da produção visual.



Fonte: elaborado pelo autor, 2018.

Em cada um dos setores, foram identificados os elementos simbólicos, a situação em que foi construída e as afetações atribuídas, conforme demonstrado no Quadro 1.

Quadro 1. Elementos simbólicos, situação em que foi construída e afetações atribuídas à experiência de formação em Medicina.

Setor da Figura	Elementos simbólicos	Situação em que foi construída	Afetações atribuídas
A	Representação de uma pessoa com uma concha no ouvido e os pés submersos na água (afundando).	Contato feito no leito com o 'Senhor Esperança'. Ele vivenciava AIDS e estava bastante emagrecido. Falava baixo e era difícil escutá-lo.	Angústia pelo silêncio; dificuldade de compreensão; dificuldade de construir uma relação com o paciente e interagir com ele; tristeza; dificuldade em ser proativo; distanciamento estudante-professor.
B	Referências à história da Alice no país das maravilhas, em que ela come o bolo para ficar grande e bebe o líquido para ficar pequena.	Abordagem ao 'Senhor Fortaleza' durante a corrida de leito.	Desconforto pela timidez; dificuldade de interagir; dificuldade em se expressar e ser compreendido; reconhecimento da proatividade como aspecto a ser desenvolvido para o crescimento acadêmico.
C	Representação dos olhos e referência ao 'mirror eyes'.	Contato com o 'Senhor Dedicado' que vivenciava HIV e estava ficando cego. Estudante estava com problemas de saúde (lesão no pé) e necessitava de cuidados. Ainda assim, demonstrou interesse pelo caso e tomou a frente da anamnese.	Fortaleza diante do exercício de proatividade; interação médico-paciente; respeito; exercício da empatia.
D	Representação de balão de fala.	Abordagem à 'Senhora Comunicação'. Estava motivada para o diálogo e se sentiu bem para tratar de detalhes da sua história de vida.	Medo; percepção de melhoria na comunicação com o paciente.
E	Representação do telefone de lata.	Contato com o 'Senhor Enigma' que desconhecia a sua condição de saúde e mencionava doença ocasionada por inseto. Pensamos se tratar de uma picada de cobra.	Angústia; dificuldade de comunicação e compreensão; dificuldade no diagnóstico diferencial; angústia; falta de proatividade.
F	Representação de uma pessoa com dúvida.	Contato com o 'Senhor Enigma' que desconhecia a sua condição de saúde e mencionava doença ocasionada por inseto. Pensamos se tratar de uma picada de cobra.	Angústia; dificuldade em desenvolver o raciocínio clínico.

Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

A partir dos elementos apresentados anteriormente, refletimos sobre três aspectos, a saber:

3.1. Olhar para dentro

No processo de ensino e aprendizagem, é importante reconhecer as necessidades e demandas dos estudantes, permanentemente, tendo em vista a adoção de estratégias que possam contribuir com a elaboração de respostas a cada uma delas (CORIOLANO-MARINUS et al., 2013). Nesse estudo, percebemos que o estudante, no exercício das suas atividades, por vezes, não se sentia à vontade em manifestar suas fragilidades para o professor. É possível que os professores, também, tenham tido dificuldades em reconhecê-las.

Para a superação desse problema, é importante criar um canal de comunicação entre estudantes e professores para que novos elementos possam ser reconhecidos. Isso pode se dar de forma individual e coletiva. Aliado a isso, é preciso desenvolver momentos de acompanhamento e feedback durante as atividades pedagógicas de tal forma a ampliar essa percepção, tanto no estudante, como também no professor.

Durante a formação em saúde, é demandado do estudante o desenvolvimento e aprimoramento de uma série de habilidades que vão além do conhecimento técnico. Assim, é preciso investir, também, em questões atitudinais tendo em vista a necessidade de oportunizar o exercício da responsabilidade, do respeito, da ética, da humanização, bem como estabelecer elementos para a comunicação entre os sujeitos, a construção de vínculos e contribuir para o cuidado à saúde.

Em se tratando da interação profissional de saúde e usuário, alguns desses aspectos tiveram destaque nessa experiência, conforme mencionado anteriormente. Em algumas situações, o estudante mencionou dificuldades na comunicação, incluindo a abordagem e a linguagem utilizadas. Vale destacar que as formas de abordagem e o tipo de linguagem a ser utilizada junto aos pacientes devem ser consideradas, intencionando a aproximação e compreensão da mensagem. Isso contribui com o empoderamento do sujeito diante da sua condição de saúde, corresponsabilidade e construção da aliança terapêutica.

Isso tudo carece de prática e requer estratégias de ensino e aprendizagem apropriadas, já que não se trata de uma competência inata. Alguns autores mencionam que a competência comunicacional deve ser abordada nos currículos da área de saúde de

forma contínua (CORIOLANO-MARINUS *et al.*, 2013). Assim, precisaremos refletir sobre as estratégias adotadas pelos professores para que isso se desenvolva.

Durante a experiência nessa disciplina, acreditamos que isso precisa ser fortalecido. Aliado a isso, devem ser pensadas estratégias de orientação e avaliação individuais, tendo em vista as dificuldades percebidas pelo estudante.

No exercício dessas estratégias, foi possível, ainda, observar alguns sentimentos e emoções. Professores e estudantes devem ficar atentos a isso de forma a acolher e gerar oportunidades de cuidado.

Os desafios de uma atividade prática mostram que apesar de a atividade ser corriqueira, ela coloca rotineiramente o estudante em local de confronto com determinadas emoções (medo, ansiedade, nervosismo) e isso foi percebido nessa experiência. Soma-se a isso as emoções geradas de maneira inerente ao próprio processo de ensino e aprendizagem no qual ele está inserido e participando ativamente. Tais conflitos são capazes de interferir em diversos sentidos, tanto positiva como negativamente.

3.2. Olhar para o outro

Um dos quesitos importantes para o desenvolvimento do futuro profissional médico esteve relacionado com o exercício da empatia. De fato, a empatia tem vista como aspecto indispensável para a prática do cuidado em saúde (SAMPAIO *et al.*, 2009). Isso foi percebido fortemente, com a experiência oportunizada nesse estudo.

O desenvolvimento desse valor é apontado por Terezam e colaboradores (2017) como um dos pilares fundamentais para o bem-estar físico e mental tanto do paciente como de quem o assiste. Ao promover o cuidado em saúde, é imprescindível que o profissional exerça e aprimore a capacidade de olhar para o outro. Se a saúde de alguém é o objetivo do trabalho, é necessário observar e conceder a devida atenção, lançando mão de artifícios que visem potencializar sua compreensão. Deve-se ouvir atentamente as queixas do usuário sem pormenorizá-las, atentar-se para os detalhes relevantes, assim como preocupar-se em passar segurança e conforto durante a comunicação.

A transmissibilidade da empatia no contexto de formação de novos médicos, é mencionada por Da Costa e Azevedo (2010) no papel do "exemplo" e figura como elemento de pujante destaque no desenvolvimento da boa prática médica. Dessa forma, é importante provocar experiências para que esse elemento se desenvolva durante a formação profissional.

Da Costa e Azevedo (2010) também avaliaram a construção de uma boa relação com o paciente como peça fundamental para o êxito na prática de promoção de saúde. Isso deve estar pautado, principalmente, em valores primordiais como confiança e gentileza, essenciais para que o bem-estar do cliente seja atingido. Na interação médico-paciente, ressalta-se ainda que deve prevalecer a clareza, sendo dever do profissional assegurar-se de que seu interlocutor esteja realmente ciente do que está sendo repassado e livre de quaisquer dúvidas.

Ao tratar disso, refletimos sobre as estratégias de ensino e aprendizagem oportunizadas e da suficiência de recursos adotados para a experiência dos estudantes.

3.3. Olhar para o processo de ensino e aprendizagem

Tem sido bastante discutido acerca da integração teoria e prática na formação e desenvolvimento dos futuros profissionais da saúde. Nesse percurso, observamos boas práticas e pontos a serem melhorados e aperfeiçoados. Dentre eles, a dificuldade em interagir com professores, outros estudantes e usuárioS, nos motivou a refletir sobre o planejamento, desenvolvimento e avaliação da atividade prática.

Aqui, compreendemos a necessidade de recrutar estratégias para a integração teoria-prática e investir na identificação e preparação dos cenários e sujeitos. Isso inclui a orientação para as atividades práticas, a definição e socialização dos aspectos a serem desenvolvidos pelos estudantes (conhecimentos, habilidades e atitudes), a apresentação dos instrumentos de trabalho, a apresentação dos espaços (cenários de prática), sujeitos envolvidos (equipe de saúde de apoio) e dinâmica do trabalho, assim como a divisão dos grupos, a divisão de tarefas, o acompanhamento e o feedback.

Nessa experiência, a participação de monitores e residentes foi uma oportunidade para a formação. Assim, devem ser inseridos nas etapas mencionadas anteriormente, a

fim de potencializar o processo educativo de um e outro participante, seja ele graduando, seja ele profissional em residência.

Quanto à dinâmica do trabalho, atentamos para a escolha dos casos clínicos previamente pelo professor. No início do ciclo clínico, é importante que o professor prepare o estudante para o contato com os usuários, orientando sobre as peculiaridades na sua abordagem. Isso inclui, também, a orientação sobre a abordagem de seus acompanhantes, uma vez que o cuidado é extensivo às famílias.

A fim de potencializar o aprendizado, torna-se relevante a aplicação de estratégias organizacionais dos alunos, sendo um exemplo de significativa importância sua divisão em pequenos grupos. A vivência da prática em grupo traz como benefício o compartilhamento dos saberes e habilidades dos alunos entre si. Contudo, o número de integrantes em cada grupo deve ser discutido, a fim de promover a participação e o envolvimento de todos.

Discussões com os estudantes do mesmo grupo e com o professor após o momento de interação com o paciente, assim como discussões com os alunos de outros grupos que abordaram outros pacientes, favorecem ainda mais o compartilhamento de saberes e práticas e consolidação do aprendizado. Esses aspectos foram advogados pelos métodos de estudo com referenciais psicanalíticos do autor húngaro Michel Balint, com sua proposta de organização dos grupos Balint (FERNANDES & FONSECA, 2017; DATTOLI & TANNUS, 2018).

Com os alunos trabalhando em grupo, é indispensável a preparação dos indivíduos para o trabalho em equipe. Somadas às emoções já citadas no âmbito individual que advém da atividade prática, é importante mencionar as emoções despertadas no aluno por conta de sua atuação dentro de um grupo. A cobrança de realizar uma performance satisfatória frente aos demais pode contribuir como ponto negativo para os indivíduos que lidam com a timidez, conforme percebido nesse estudo.

Ao atuar em coletividade, é preciso lidar com a paciência de aguardar o momento oportuno de falar e também a noção de dar espaço para os outros participarem, ressaltando-se sempre no cenário a importância de não prejudicar o processo de comunicação com o usuário.

Quanto às estratégias de ensino e aprendizagem, puderam ser observadas fragilidades na interação estudante e usuário. Aqui é imperativo, na abordagem ao usuário, seguir os ensinamentos técnicos da propedêutica médica a partir de um roteiro construído de forma participativa, no qual devem constar perguntas pré-estabelecidas que devem nortear o estudante durante a atividade.

Quanto ao seu caráter subjetivo experenciado, o estudante deve atentar para as afetações que o contato que o usuário implica em seu ‘eu’, extraindo a partir daí, de maneira reflexiva e ativa, ensinamentos e lições próprias e únicas.

Por fim, a discussão com o professor tem grande relevância, uma vez que este tem como algumas de suas funções avaliar o desempenho dos alunos quanto à parte clínica, e também ir além dessa esfera, ao fomentar as reflexões e análises acerca da vivência nesta atividade prática. Como exposto por Costa e colaboradores (2016), o professor é responsável por “facilitar o desenvolvimento da visão no cenário real”.

Não podemos esquecer que a cordialidade por parte do professor e a preocupação em prezar pela relação harmoniosa com os estudantes são pautas a serem discutidas. Acreditamos que o reconhecimento disso e a adoção de estratégias para o diálogo e feedback se fazem necessárias, a fim de potencializar a efetividade do processo de ensino e aprendizagem.

4. CONCLUSÃO

Ao compreender os significados atribuídos a esse processo de formação, seja por meio do relato, seja por meio dos elementos simbólicos da arte, acreditamos que devemos investir na formação da saúde para além de uma perspectiva técnica e oportunizar o desenvolvimento de questões atitudinais importantes para a formação do ser humano e do cidadão.

Nesse caminho, devemos envolver professores, estudantes e colaboradores em etapas basilares que tratam do planejamento, desenvolvimento e avaliação. Acreditamos que isso potencializa o processo de ensino e aprendizagem e possibilita a formação em saúde para além de um elemento técnico.

5. REFERÊNCIAS

AMATUZZI, M. M. Por uma psicologia humana. 3 ed. Campinas: Alínea. 2010.

BATISTA, K.B.C. & GONCALVES, O.S.J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. Revista Saúde e Sociedade, v. 20, p. 884, 2011.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução Nº. 3 de 20 de junho de 2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 23 jun. 2014; Seção 1, p. 8-11.

CECCIM, R.B. & FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis, v. 14, p. 41, 2004.

CORIOLANO-MARINUS, M.W.L. *et al*. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. Revista Saúde e Sociedade, v. 23, p. 1356, 2014.

DA COSTA, F.D. & AZEVEDO, R.C.S. Empatia, relação médico-paciente e formação em medicina: um olhar qualitativo. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 34, p. 261, 2010.

COSTA, M.C.G. *et al.* Ensino e Aprendizagem da Prática Profissional: Perspectiva de Estudantes de Medicina. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 40, p. 245, 2016.

DATTOLI, V.C.C. & TANNUS, B.G. Grupos Balint e o processo de aprendizagem em medicina. Boletim do Curso de Medicina da UFSC, v. 4, p. 2, 2018.

FERNANDES, V. & DA FONSECA, R.C.V. A prática de Grupos Balint e a percepção do paciente internado em Hospital Geral. Visão Acadêmica, Curitiba, v. 18, n. 2, 2017.

GADAMER, H.G. Verdade e método, v. 1., 15 ed, Petrópolis: Vozes. Bragança Paulista: Editora Universitária São Francisco, 2015. 631p.

GOMES, A.M.A. *et al*. Relação médico-paciente: entre o desejável e o possível na atenção primária à saúde. Physis, v. 22, p. 1101, 2012.

PINHEIRO, G.E.W. *et al*. Facilidades e dificuldades vivenciadas na Educação Permanente em Saúde, na Estratégia Saúde da Família. Saúde debate, v. 42, p. 187, 2018.

SAMPAIO, L.R. *et al.* Revisão de aspectos conceituais, teóricos e metodológicos da empatia. Psicologia: Ciência e Profissão, v. 29, p. 212, 2009.

TEREZAM, R.R. *et al.* A importância da empatia no cuidado em saúde e enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 70, p. 669, 2017.

ZARPELON, L.F.B *et al*. Integração ensino-serviço no contexto das escolas médicas brasileiras: revisão integrativa. Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, p. 4241, 2018.

CAPÍTULO 21

INTERNAÇÕES EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTES DE TRANSPORTE EM MINAS GERAIS: UMA AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA PANDEMIA DA COVID-19

Fellipe L T Dias[1], Veronica P Brito[1], Stefan V Oliveira[2]

[1] Discente de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia/MG.
[2] Docente do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Medicina, Uberlândia/MG.

Palavras-chave: *Epidemiologia descritiva; Acidentes de trânsito; Pandemias.*

1. INTRODUÇÃO

Os acidentes de transporte são considerados um grave problema de saúde pública global e nacional (ABREU *et al.*, 2018), sendo que, no Brasil, destaque é dado ao estado de Minas Gerais, que, desde 2008, assume a segunda posição em internações por esses agravos no país (BRASIL, 2008). Esses eventos são responsáveis, entre as causas externas, por um alto percentual de internações, além de elevados custos hospitalares, perdas materiais, gastos previdenciários e grande sofrimento para as vítimas e suas famílias (INSTITUCIONAL, 2002), fato que motivou várias instituições nacionais a reconhecerem a sobrecarga que estes eventos produzem nos sistemas de saúde e o significativo custo social e econômico que representam (SOARES & BARROS, 2006).

No Brasil, a importância dada a esse tema ainda é recente e se manifesta por meio de campanhas no nível federal, estadual e municipal (SOARES & BARROS, 2006). Nesse sentido, o Ministério da Saúde (MS) assume sua participação com a sociedade civil, propondo estratégias de promoção da saúde, de prevenção de acidentes e direcionando ações relacionadas à assistência, à recuperação e à reabilitação das vítimas

(INSTITUCIONAL, 2002), fato materializado por meio do lançamento, em 2000, do Programa de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (SOARES & BARROS, 2006).

Esse contexto de preocupações acerca do impacto social e na saúde, bem como a natureza evitável desses eventos e de suas consequências, apontam para a necessidade do desenvolvimento de diferentes modalidades de intervenção, as quais trazem resultados satisfatórios de acordo com experiências nacionais e internacionais (SOARES & BARROS, 2006). Para isso, a análise do risco de internação de vítimas de acidentes configura-se como um indicador de sua gravidade e, por isso, pode ser usado para monitorar tendências, além de quantificar um agravo que representa um custo importante aos serviços de saúde (SOARES & BARROS, 2006).

Diante dessa conjuntura alarmante, o objetivo do presente trabalho é realizar uma análise epidemiológica de caráter descritivo e quantitativo acerca das internações secundárias a acidentes de transporte no estado de Minas Gerais dos meses de janeiro a maio de 2017 a 2020.

2. MÉTODO

Este é um estudo epidemiológico de caráter descritivo e quantitativo, baseado em dados secundários a respeito do número de acidentes de transporte no estado de Minas Gerais, dos meses de janeiro a maio de 2017 a 2020. Foram utilizados os dados provenientes do Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), disponíveis no endereço eletrônico do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) (BRASIL, 2008).

O estado de Minas Gerais possui 853 municípios, extensão territorial de 586.521,121 km^2, ocupada por uma população de 19.597.330 pessoas, tendo uma densidade demográfica de 33,41 habitantes por km^2 (hab/km^2) e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,731, o nono maior quando comparado com outros estados (IBGE, 2019). Além disso, é o terceiro estado com o maior PIB nacional, sendo esse ranking liderado por São Paulo e Rio de Janeiro (IBGE, 2020).

No que se refere à economia, as principais formas são a agropecuária, a indústria e os serviços, com destaque de maior participação do PIB estadual para a indústria de transformação (FJP, 2019). Quanto aos dados de tráfego, tem-se que, no estado, foram registrados 11.191.341 veículos no ano de 2018 (IBGE, 2019). Além disso, Minas Gerais conta com a maior malha rodoviária do Brasil, com 272.062,90 km de rodovias, o que equivale a 16% do total de estradas em todo o país (ESTADO DE MINAS GERAIS, 2014).

Foram utilizados dados de Acidentes de transporte que foram extraídos do tabulador de dados (TABNET) do DATASUS, levando em conta a classificação descrita no capítulo XX da décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), de V01 a V99. As variáveis usadas do levantamento dos registros foram: município de internação (189 municípios registrados, por representatividade, nas bases de dados), sexo, cor/raça, faixa etária (menor de um ano, um a quatro anos, 10 a 14 anos, 15 a 19 anos, 20 a 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos, 50 a 59 anos 60 a 69 anos, 70 a 79 anos, 80 anos ou mais e idade ignorada), ano/mês de processamento, internações, valor total, valor dos serviços hospitalares, média dos dias de permanência, valor médio por internação, óbitos e taxa de mortalidade.

As informações obtidas foram acessadas no dia 04 de agosto de 2020 e foram exportadas para tabelas do programa Microsoft Excel®, versão 2010. Este programa também foi utilizado na construção dos gráficos e tabelas deste estudo. Foi realizada uma análise estatística descritiva e os dados foram apresentados na forma de números absolutos, de frequência relativa e de taxas de variações comparativas.

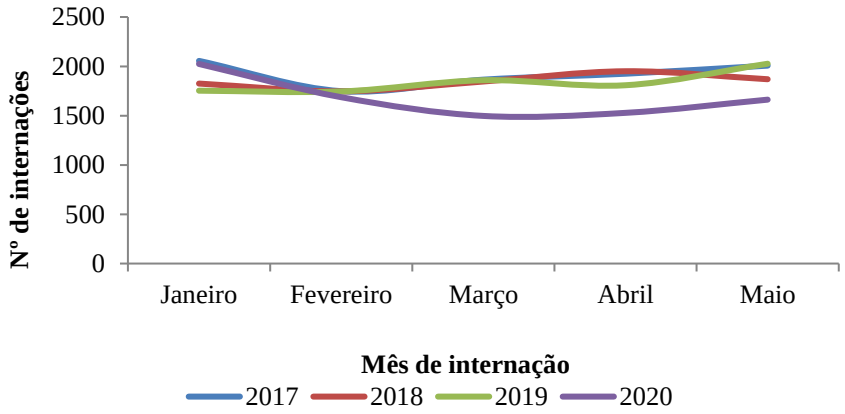
Este estudo foi realizado a partir de um banco de dados secundários, de domínio público, não sendo acessados dados nominais dos pacientes ou qualquer outro que estabeleça a sua identificação. Diante disso, não foi necessária a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) por seguimento das normas éticas do País, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 510, de 7 de abril de 2016 (BRASIL, 2016).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram totalizadas 36.425 internações por acidentes de transporte no estado de Minas Gerais (Figura 1). Dentre essas, 9.600 (26,36%) hospitalizações foram registradas

no ano de 2017, assim como 9.236 (25,36%), 9.191 (23,06%) e 8.398 (23,06%), em 2018, 2019 e 2020, respectivamente. Assim, sob a perspectiva anual, observa-se a diminuição do número de internações em 2020, de 12,52%, 9,07% e 8,63%, quando comparado aos anos de 2017, 2018 e 2019, na devida ordem.

Figura 1. Número de internações por acidentes de transporte, de janeiro a maio, nos anos de 2017 a 2020, segundo os dados do Sistema de Informação Hospitalar (DATASUS) no estado de Minas Gerais



Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

Quanto ao sexo, nota-se a predominância para o sexo masculino, com 28.597 (78,51%) processamentos de internações, e para o sexo feminino, valores de 7.828 (21,49%). Em relação a esses dados, observa-se o maior número de notificações para o sexo masculino e feminino no ano de 2017 (7.497 e 2.103, nesta ordem) e o menor, em 2020 (6.616 e 1.782, na devida ordem). Ainda a respeito da variável de sexo, tem-se uma redução dos dados de hospitalizações, levando em consideração os valores do ano de 2020, para homens de 11,75%, 8,21% e 9,07%, em relação a 2017, 2018 e 2019, respectivamente, e para as mulheres de 15,26%, 12,13% e 6,95% para os mesmos anos.

No que diz respeito aos 189 municípios de internação mais representativos do estado de Minas Gerais, tem-se que oito municípios se destacam quanto ao valor total e valor dos serviços hospitalares durante todo o período analisado, além de apresentarem uma redução dessas variáveis no ano de 2020, quando comparadas com os anos anteriores

(Tabelas 1 e 2). Já em relação ao número de internações, Sete Lagoas e Teófilo Otoni, as 13º e 14º cidades com maiores valores totais e valores de serviços hospitalares, assumem a 7º e 8º colocações nos registros de hospitalizações (Tabela 3).

Tabela 1. Valores totais relacionados a acidentes de transporte no estado de Minas Gerais, segundo os dados do Sistema de Informação Hospitalar (DATASUS) no estado de Minas Gerais

Município	2017-2020	Variação em 2020 (%) em relação à:		
		2017	2018	2019
Belo Horizonte	18.299.838,62	-5,00%	-3,64%	6,80%
Uberlândia	6.920.916,20	8,43%	22,75%	-8,28%
Juiz de Fora	3.250.296,45	38,53%	1,72%	3,04%
Governador Valadares	2.944.559,65	3,90%	23,60%	-4,80%
Ipatinga	2.740.303,18	-26,42%	13,33%	9,17%
Uberaba	2.102.040,92	-5,47%	-11,66%	2,91%
Divinópolis	2.083.359,58	33,26%	-49,38%	-41,77%
Passos	1.950.762,70	-37,09%	-28,88%	-23,05%
Outros*	18.410.310,30	-11,20%	-2,47%	-3,79%
Total	**58.693.387,60**	**-5,07%**	**-2,04%**	**-2,55%**

*181 munícipios – somatório dos valores. **Fonte:** elaborado pelo autor, 2020.

Tabela 2. Valores dos serviços hospitalares relacionados a acidentes de transporte no estado de Minas Gerais, segundo os dados do Sistema de Informação Hospitalar (DATASUS) no estado de Minas Gerais

Município	2017-2020	Variação em 2020 (%) em relação à:		
		2017	2018	2019
Belo Horizonte	15.185.395,22	-4,98%	-3,93%	7,52%
Uberlândia	5.778.313,77	7,04%	23,30%	-7,41%
Juiz de Fora	2.685.234,35	44,22%	5,39%	4,30%
Governador Valadares	2.413.654,99	13,99%	36,64%	-0,73%
Ipatinga	2.175.302,81	-26,13%	15,12%	11,25%
Divinópolis	1.729.465,54	34,00%	-49,78%	-42,68%
Uberaba	1.720.138,15	-5,77%	-11,36%	5,51%
Passos	1.582.087,91	-37,21%	-30,16%	-23,85%
Outros*	14.901.027,70	-11,08%	-1,41%	-3,29%
Total	**48.170.620,44**	**-4,37%**	**-1,07%**	**-1,71%**

*181 municípios – somatório dos valores. **Fonte:** elaborado pelo autor, 2020.

Tabela 3. Hospitalizações por acidentes de transporte no estado de Minas Gerais, segundo os dados do Sistema de Informação Hospitalar (DATASUS) no estado de Minas Gerais

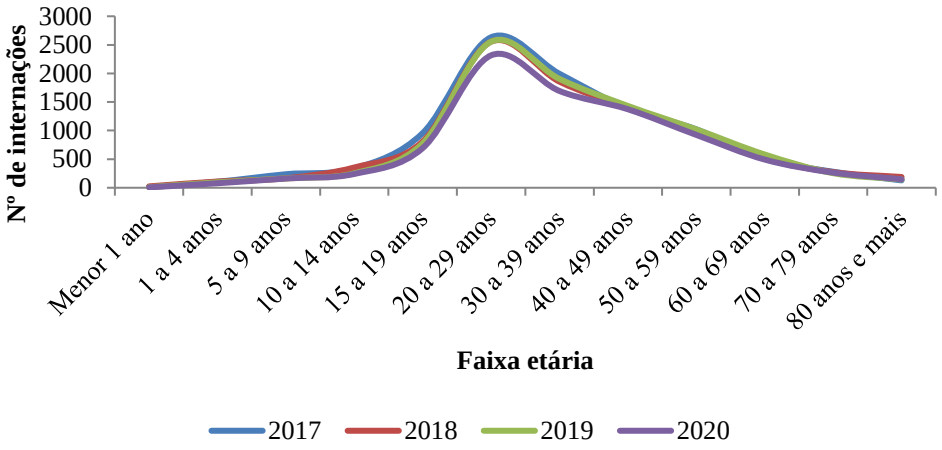
Município	2017-2020	Variação em 2020 (%) em relação à:		
		2017	2018	2019
Belo Horizonte	9.772	-14,49%	-4,18%	-8,88%
Juiz de Fora	2.858	4,22%	-24,20%	-0,60%
Uberlândia	2.768	7,34%	-0,44%	-15,03%
Governador Valadares	1.672	-28,42%	-8,22%	-33,53%
Uberaba	1.321	-22,39%	-33,42%	-30,11%
Ipatinga	1.171	-46,03%	-5,33%	-13,81%
Sete Lagoas	1.153	-19,03%	-16,33%	-14,04%
Teófilo Otoni	1.051	-18,05%	-11,67%	-21,72%
Outros*	14.659	-9,79%	-7,27%	-0,85%
Total	**36.425**	**-12,52%**	**-9,07%**	**-8,63%**

*181 municípios – somatório dos valores. **Fonte:** elaborado pelo autor, 2020.

Em relação à faixa etária, foram observados elevados dados de internações em todo o período nos intervalos de 20 a 29, 30 a 39, 40 a 49 e 50 a 59 anos, de modo que foram registrados 10.062 (27,62%), 7.445 (20,44%), 5.591 (15,35%) e 3.953 (10,85%) hospitalizações, para as respectivas faixas etárias. Além disso, pode-se notar que para esses intervalos de idade, houve diminuição nesses dados de até 12% no ano de 2020 em relação a 2017, 2018 e 2019 (Figura 2).

No que tange à média dos dias de permanência e aos valores médios de internação, estes foram totalizados em 5,4 e 1.614,61, respectivamente, durante o período de 2017 a 2020, dos meses de janeiro a maio. Ademais, neste mesmo intervalo de tempo, os maiores valores foram registrados nas faixas etárias de 80 anos e mais, 70 a 79 anos e 60 a 69 anos, com e 7,7 e 2.530,56; 6,8 e 2.143,11 e 6,4 e 1.754,13, na devida ordem. Além disso, a média dos dias de permanência e os valores médios por internação demonstraram um aumento no ano de 2020, em comparação com o ano de 2017, 2018 e 2019, de 1,49% e 8,75%, 1,87% e 7,76%, e 0,37% e 6,81%, nesta ordem.

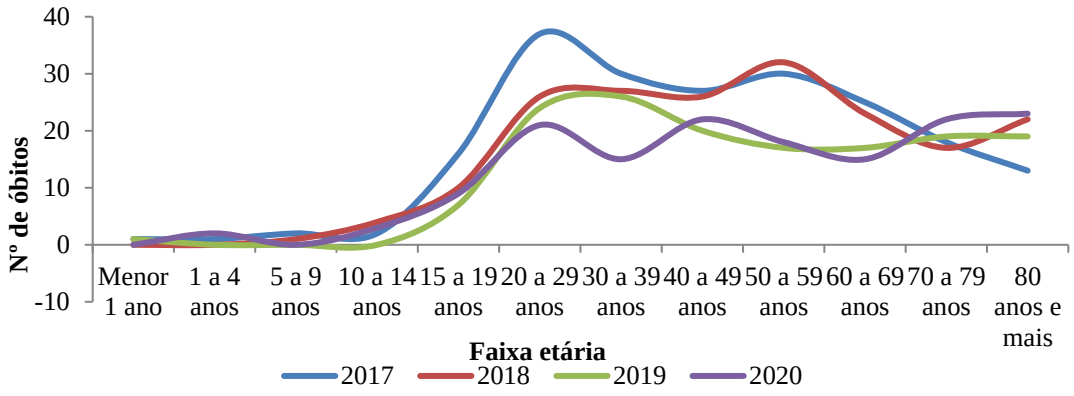
Figura 2. Número de internações por acidentes de transporte de janeiro a maio, por faixa etária, nos anos de 2017 a 2020, segundo os dados do Sistema de Informação Hospitalar (DATASUS) no estado de Minas Gerais



Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

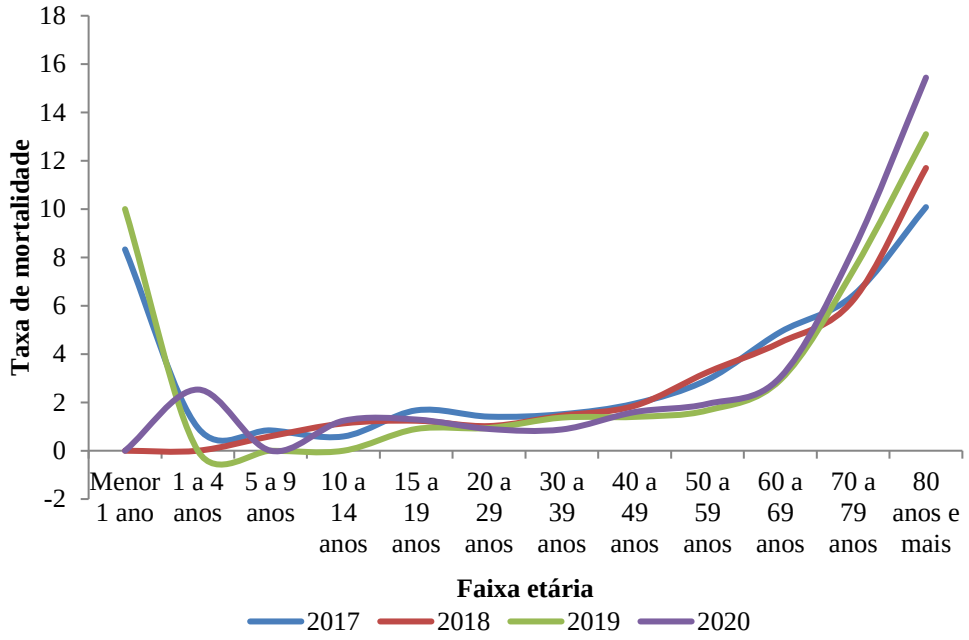
A respeito dos óbitos, foram totalizados 690 registros de 2017 a 2020, dos meses de janeiro a maio. Além disse, nota-se uma redução desses números no ano de 2020, quando comparado com os anos anteriores, bem como da taxa de mortalidade, apesar desta apresentar-se aumentada para algumas faixas etárias em relação a 2017, 2018 e 2019 (Figuras 3 e 4).

Figura 3. Número de óbitos por acidentes de transporte, de janeiro a maio, por faixa etária, nos anos de 2017 a 2020, segundo os dados do Sistema de Informação Hospitalar (DATASUS) no estado de Minas Gerais



Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

Figura 4. Taxa de mortalidade de acidentes de transporte, de janeiro a maio, por faixa etária, nos anos de 2017 a 2020, segundo os dados do Sistema de Informação Hospitalar (DATASUS) no estado de Minas Gerais



Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

Por fim, avaliando a variável de cor/raça, os dados de hospitalizações se mostram expressivos para pardos (17.329) e brancos (11.294), durante todo o intervalo de tempo da análise do estudo. Outrossim, observa-se que no ano de 2020, em relação a 2017, 2018 e 2019, houve variações no número de internações para brancos e pardos de -11,95% e -3,40%, -11,13% e 2,65%, e -10,70% e -5,18%, na devida ordem.

A epidemiologia é uma disciplina fundamental para assistência à saúde, afinal, são as informações por ela fornecidas que determinam as práticas e condutas a serem seguidas (SILVA, 1992). Assim, a análise das internações por acidentes de transporte, bem como do perfil dos condutores configura-se como importante estratégia para a definição de um perfil de risco, fato que contribui para o planejamento, organização e operacionalização dos serviços de saúde, com o intuito de atenuar o grande impacto que esses agravos determinam sobre a morbimortalidade (BRASIL, 2005).

Sob a perspectiva dos dados de internação registrados nos anos de 2017 a 2020, nota-se que a diminuição dos números em 2020, quando comparada aos anos anteriores,

pode estar associada ao período de pandemia pela doença do novo coronavírus (COVID-19). Isso também pode ser observado em outros lugares do mundo, como Espanha e Estados Unidos, lugares em que foram adotadas medidas de quarentena (NUÑEZ *et al.*, 2020; CAMINE *et al.*, 2020). Nesses países, foi notificada no ano de 2020 uma diminuição das internações por trauma em relação a anos antecedentes, de modo que os acidentes de transporte foram levados em consideração como uma importante causa desse tipo de hospitalização (NUÑEZ *et al.*, 2020; CAMINE *et al.*, 2020). Com isso, essa redução observada em Minas Gerais (Brasil) e em outros países aponta para uma correlação direta com a diminuição do tráfego, reflexo das medidas de isolamento social (NUÑEZ *et al.*, 2020; CAMINE *et al.*, 2020).

Em relação aos meses de janeiro a maio de 2020, observam-se os menores valores de internação foram datados em março, o que está associado ao período de início das medidas de isolamento nos estados, incluindo Minas Gerais com a declaração de estado emergência (MINAS GERAIS, 2020a). Ainda a respeito dos meses, tem-se que a partir de abril, os dados de hospitalizações de acidentes de transporte passam a ter um discreto aumento. Tal fato pode estar vinculado ao projeto Minas Consciente, adotado no mês de abril, com o objetivo de flexibilizar as medidas de isolamento para a retomada da economia, o que possivelmente resultou nessa elevação (ESTADO DE MINAS GERAIS, 2020).

No que diz respeito às cidades com maior número de internações por acidentes de transporte no estado de Minas Gerais, estas se destacam por serem as mais populosas do estado, pois, apesar de representarem menos de 1% dos municípios do estado, somam juntas uma população de 5.029.557 habitantes, o que equivale a cerca de 26% do total do estado (IBGE, 2019).

Outro fator importante a ser analisado é que essas cidades são importantes polos econômicos em Minas Gerais, como Belo Horizonte e Uberlândia, por exemplo, municípios cuja economia é predominantemente terciária (serviços), atuando como importantes centros logísticos para o estado (PEREIRA, 2006; ALVES *et al.*, 2008). Assim, com a adoção de medidas de isolamento, o fluxo de veículos diminuiu bem como as internações por acidentes de transporte, como pôde ser observado na Tabela 3, na qual

a grande maioria das cidades mostrou uma variação negativa no ano de 2020 quando comparados aos outros anos.

A respeito dos oito municípios listados nos resultados com os maiores valores totais e de serviços hospitalares, estes se destacam por se tratarem das microrregiões de saúde mais abrangentes do estado (MINAS GERAIS, 2011). Essas cidades são responsáveis, juntas, por uma assistência em saúde de outras 124, quase 15% do total do estado, somando uma população de 6.539.391 cidadãos atendidos – 33% do total de pessoas de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2011).

No que tange à variação dos valores gastos (totais e serviços hospitalares) em 2020 com relação aos anos anteriores, observa-se uma redução no período em estudo. Isto pode ser explicado pelos efeitos da pandemia, tanto em relação às ações interventivas de isolamento social, como ao direcionamento de recursos para o tratamento dos pacientes infectados, visto que em março de 2020 foi aberto um crédito suplementar no valor de R$5.596.058,11, possivelmente para o enfretamento da situação (MINAS GERAIS, 2020b).

Quanto à análise do sexo dos indivíduos internados em consequência aos acidentes de trânsito, os dados confirmam o perfil epidemiológico já exposto na literatura (BIFFE *et al.*, 2017; BARRETO *et al.*, 2016; TREVISOL *et al.*, 2012; MARÍN-LEÓN & VIZZOTTO, 2003; ANDRADE & JORGE, 2000) relacionado à prevalência do sexo masculino (78,51%). Os motivos para esse quadro permeiam o comportamento social e cultural vinculado à imagem masculina, caracterizado por maior exposição aos riscos predisponentes aos acidentes, tais como: alta velocidade, maior consumo de álcool, maior agressividade no trânsito e tendência a realização de manobras arriscadas (BARRETO *et. al.*, 2016).

A gênese da incorporação desse comportamento associa-se ao estereótipo historicamente vinculado à figura masculina, marcado pelo poder e fantasia de invulnerabilidade e conquista (MARÍN-LEÓN & VIZZOTTO, 2003), a qual é constantemente ameaçada e desafiada a se afirmar por meio de comportamentos viris, autoritários e agressivos (BARRETO *et al.*, 2016). Ainda nesse sentido, é importante destacar que, segundo as normas socialmente aceitas, o homem assume a condução do

veículo na grande maioria das ocasiões, o que os tornam mais expostos aos agravos no trânsito (ANDRADE & JORGE, 2000).

A identificação desse perfil impõe um desafio à gestão pública das áreas de Saúde e Segurança, as quais devem planejar e implementar estrategicamente políticas e programas direcionadas ao comportamento de risco observado entre a população masculina (BARRETO *et al.*, 2016). Contudo, cabe enfatizar que esses dados devem ser constantemente acompanhados e analisados, afinal, é possível que esse quadro se altere em futuro próximo, pois, nos últimos anos, há uma tendência de aumento da participação feminina na condução de veículos frente a sua maior inserção no mercado de trabalho e maior independência, fato que também as expõem aos agravos do tráfego (ANDRADE & JORGE, 2000).

Além do sexo masculino, a análise dos dados referentes aos óbitos secundários aos acidentes de trânsito permitiu a identificação de dois outros grupos de risco: indivíduos na faixa etária de 20 a 29 anos e de 50 a 59 anos. Em relação aos condutores mais jovens (20 a 29 anos), a maior exposição aos riscos relaciona-se ao comportamento impetuoso e destemido marcado pela imperícia, imprudência, busca por novas emoções e abuso de álcool e/ou drogas associados à uma condução arriscada e desrespeito às regras de trânsito (BIFFE *et al.*, 2017).

Além da inexperiência no trânsito e recente aquisição da licença para dirigir, nesta faixa etária (20 a 29 anos) há uma grande quantidade de trabalhadores, fato que os expõem aos agravos diariamente no percurso para o local de trabalho (MAGALHÃES *et al.*, 2011). Quanto ao alto número de mortes entre um grupo mais velho (50 a 59 anos), sua gênese provem da menor agilidade, deficiências auditivas e visuais, reflexos reduzidos e maior fragilidade diante de injúrias e danos corporais (BIFFE *et al.*, 2017).

Em relação à taxa de mortalidade, nota-se uma diminuição geral em 2020 com relação aos anos anteriores, sendo um reflexo das reduções das internações e dos óbitos, visto que a essa taxa depende dessas duas variáveis. Isto encontra-se novamente associado às medidas de isolamento social adotadas pelo estado durante o período de pandemia por COVID-19 (MINAS GERAIS, 2020a).

Entretanto, observa-se que, para idades entre zero a quatro anos, a mortalidade encontra-se aumentada. Isto pode ser explicado pelo fato dos óbitos estarem aumentados

para essa faixa etária, pelo fato da fragilidade anatômica desses indivíduos, ou seja, são mais suscetíveis a lesões fatais (FORLIN *et al.*, 1995). Outra importante justificativa deste aumento é o fato das crianças possuírem uma percepção de perigo mínima, de modo a não conseguirem estimar a velocidade dos veículos ou subestimarem inconscientemente os riscos aos quais se encontram expostas (JORGE & MARTINS, 2013).

Tendo em vista os valores médios de internação e os dias de permanência, o destaque é dado às pessoas com idade acima de 60 anos. Além disso, nota-se que estes dados estão interligados, visto que os valores médios elevados refletem a permanência dos indivíduos em internação. Diante disso, tem-se que esses dados encontram-se aumentados para esse perfil pela aumentada vulnerabilidade fisiológica, inerente a essa fase, e pela adoção de tratamentos mais delicados que venham a diminuir riscos de complicações, que são expressivos, nessas pessoas (GAWRYSZEWSKI *et al.*, 2004; SILVEIRA *et al.*, 2013). Assim, a necessidade de um maior período em observação gera maiores custos para o sistema de saúde.

Apesar de que em 2020 houve uma redução do número de internações e de óbitos associados aos acidentes de trânsito, o contexto pandêmico despertou outra preocupação quanto aos riscos desses agravos: o aumento de número de entregadores, especialmente condutores de motocicletas, visto que, o serviço de delivery apresentou-se como alternativa para o setor alimentício frente ao isolamento social (SOARES & DA SILVA LIMA, 2020), sendo, inclusive, classificado como atividade essencial (ABÍLIO *et al.*, 2020). Contudo, a falta de medidas de segurança do trabalho, as baixas remunerações, as longas horas de trabalho e o cansaço dos entregadores criam conjuntura favorável para o aumento do risco dos acidentes entre esse grupo (ABÍLIO *et al.*, 2020).

Ainda a respeito dos entregadores de delivery, pode-se analisar dados interessantes elencados nos resultados quanto a raça/cor dos indivíduos mais acometidos por acidentes de transporte. Os indivíduos autodeclarados pardos, que são a grande maioria daqueles que trabalham como entregadores, lideram no número de internações e isto está associado ao racismo estrutural da nossa sociedade, visto que as pessoas brancas (não negras) detém os maiores salários e melhores cargos, bem como possuem mais oportunidades de se instruírem para a conquista dos mesmos (QUADROS, 2004).

Essa distinção de privilégios pode ainda ser comprovada pela análise do número de hospitalizações no ano de 2020 em comparação com os anos anteriores. Percebe-se uma redução significativa, maior que 10%, em relação aos indivíduos brancos, enquanto que para os indivíduos pardos, tem-se uma diminuição pequena e, em alguns casos, um aumento nos registros.

4. CONCLUSÃO

Os acidentes de transporte são um grave problema de saúde pública global e nacional (ABREU *et al.*, 2018), sendo dado destaque ao estado de Minas Gerais, que, desde o ano de 2008, assume a segunda posição no ranking brasileiro quanto às internações por esses agravos (BRASIL, 2008). Nesse sentido, foi realizada uma análise epidemiológica descritiva, quantitativa e comparativa acerca desses eventos no estado em questão dos meses de janeiro a maio de 2017 a 2020.

Observou-se uma diminuição do número de internações em 2020, fato possivelmente correlacionado com a diminuição do tráfego, secundário às medidas de isolamento associadas à pandemia da COVID-19 (NUÑEZ *et al.*, 2020; CAMINE *et al.*, 2020). Após análise quanto às internações em cada cidade, observou-se destaque para Belo Horizonte e Uberlândia, as quais atuam como importantes centros logísticos para o estado.

Foi observado um perfil de risco entre o sexo masculino e a faixa etária de 20 a 29 anos, fato que pode estar relacionado à observação de um comportamento impetuoso e destemido dentre esse grupo, marcado pela imperícia, imprudência, busca por novas emoções e abuso de álcool e/ou drogas associados à uma condução arriscada e desrespeitando as regras de trânsito (BIFFE *et al.*, 2017). Ademais, foi identificado que os entregadores de delivery merecem preocupação, pois a falta de medidas de segurança do trabalho, as baixas remunerações, as longas horas de trabalho e o cansaço dos entregadores criam circunstância favorável para o aumento do risco dos acidentes entre esse grupo (ABÍLIO *et al.*, 2020).

Por fim, cabe destacar que a análise das internações por acidentes de transporte, bem como do perfil dos condutores configura-se como importante estratégia para a

definição de um perfil de risco, afinal, contribui para o planejamento, organização e operacionalização dos serviços de saúde, com o intuito de atenuar o grande impacto que esses agravos determinam sobre a morbimortalidade (BRASIL, 2005).

5. REFERÊNCIAS

ABÍLIO, L.C. *et al*. Condições de trabalho de entregadores via plataforma digital durante a COVID-19. Revista Jurídica Trabalho e Desenvolvimento Humano, v. 3, p. 1, 2020.

ABREU, D.R.O.M. *et al*. Impacto do Código de Trânsito Brasileiro e da Lei Seca na mortalidade por acidentes de trânsito. Cadernos de Saúde Pública, v. 34, e00122117, 2018.

ALVES, L.A. *et al*. Reestruturação urbana das atividades de comércio e serviços em Uberlândia–MG. VIII Encontro Interno. XII Seminário de Iniciação Científica. Uberlândia, 2008. Disponível em: https://ssl4799.websiteseguro.com/swge5/seg/cd2008/PDF/IC2008-0058.PDF. Acesso em: 4 ago. 2020.

ANDRADE, S.M. & JORGE, M.H.P. Características das vítimas por acidentes de transporte terrestre em município da Região Sul do Brasil. Revista de Saúde Pública, v. 34, p. 149, 2000.

BARRETO, M.S. *et al*. Mortalidade por acidentes de trânsito e homicídios em Curitiba, Paraná, 1996-2011. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 25, p. 95, 2016.

BIFFE, C.R.F. *et al*. Perfil epidemiológico dos acidentes de trânsito em Marília, São Paulo, 2012. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 26, p. 389, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS, 2008. Disponível em: http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02. Acesso em: 4 ago. 2020.

BRASIL. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Conselho Nacional de Saúde, 2016. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf. Acesso em: 4 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica. Brasília, DF, 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Guia_Vig_Epid_novo2.pdf. Acesso em: 4 ago. 2020.

CAMINE, T. *et al*. Decrease in Trauma Admissions with COVID-19 Pandemic. Western Journal of Emergency Medicine, v. 21, p. 819, 2020.

ESTADO DE MINAS GERAIS. Conheça Minas. Rodovias, 2014. Disponível em: https://www.mg.gov.br/conheca-minas/rodovias#:~:text=Minas%20Gerais%20tem%20a%20maior,272.062%2C90%20km%20de%20rodovias. Acesso em: 4 ago. 2020.

ESTADO DE MINAS GERAIS. Minas Consciente: Retomando a Economia do Jeito Certo, 2020. Disponível em: https://www.mg.gov.br/minasconsciente. Acesso em: 4 ago. 2020.

FORLIN, E. *et al*. Aspectos epidemiológicos do trauma em crianças. Revista Brasileira de Ortopedia, v. 30, p. 761, 1995.

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO – FJP. Diretoria de Estatísticas e Informações (Direi). Contas Regionais de Minas Gerais – Ano de Referência 2017. Belo Horizonte: FJP; 2019. Disponível em: http://www.bibliotecadigital.mg.gov.br/consulta/verDocumento.php?iCodigo=56929&codUsuario=0. Acesso em: 4 ago. 2020.

GAWRYSZEWSKI, V.P. *et al.* Mortes e internações por causas externas entre os idosos no Brasil: o desafio de integrar a saúde coletiva e atenção individual. Revista da Associação Médica Brasileira, v. 50, p. 97, 2004.

INSTITUCIONAL, Informe Técnico. Programa de redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito: mobilizando a sociedade e promovendo a Saúde. Revista de Saúde Pública, v. 36, p. 114, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Panorama do estado de Minas Gerais. Rio de Janeiro: IBGE; 2019. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/panorama. Acesso em: 4 ago. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Produto Interno Bruto - PIB. Rio de Janeiro: IBGE; 2020. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/explica/pib.php. Acesso em: 4 ago. 2020.

JORGE, M.H.P.M. & MARTINS, C.B.G. A criança, o adolescente e o trânsito: algumas reflexões importantes. Revista da Associação Médica Brasileira, v. 59, p. 199, 2013.

MAGALHÃES, A.F. *et al*. Prevalência de acidentes de trânsito auto-referidos em Rio Branco, Acre. Revista de Saúde Pública, v. 45, p. 738, 2011.

MARÍN-LEÓN, L. & VIZZOTTO, M.M. Comportamentos no trânsito: um estudo epidemiológico com estudantes universitários. Cadernos de Saúde Pública, v. 19, p. 515, 2003.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Adscrição e população dos municípios por macrorregião e microrregião de saúde Estimativa IBGE/TCU 2011. Belo Horizonte, 2011. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/ADSCRICaO%20MUNICIPIOS-MICROS%20E%20MACRORREGIOES%20POP%20TCU%202011.pdf. Acesso em: 21 ago. 2020.

MINAS GERAIS. Lei nº 113, de 12 de março de 2020. Declara SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA em Saúde Pública no Estado em razão de surto de doença respiratória – 1.5.1.1.0 – Coronavírus e dispõe sobre as medidas para seu enfrentamento, previstas na Lei Federal nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Diário do Executivo: Caderno 1, Belo Horizonte, MG, 13 mar. 2020a. n. 5.

MINAS GERAIS. Lei nº 114, de 12 de março de 2020. Abre crédito suplementar no valor de R$5.596.058,11. Diário do Executivo: Caderno 1, Belo Horizonte, MG, 13 mar. 2020b. n. 5.

NUÑEZ, J.H. *et al*. Impact of the COVID-19 Pandemic on an Emergency Traumatology Service: experience at a tertiary trauma centre in Spain. Injury, v. 51, p. 1414, 2020.

PEREIRA, E.G.P.B. Belo Horizonte: uma economia de serviços. Cadernos de História, v. 8, p. 110, 2006.

QUADROS, W. Gênero e raça na desigualdade social brasileira recente. Estudos Avançados, v. 18, p. 95, 2004.

SILVA, L.J. Vigilância epidemiológica: uma proposta de transformação. Saúde e Sociedade, v. 1, p. 7, 1992.

SILVEIRA, R.E. *et al*. Gastos relacionados a hospitalizações de idosos no Brasil: perspectivas de uma década. Einstein (São Paulo), v. 11, p. 514, 2013.

SOARES, D.F.P.P. & BARROS, M.B.A. Fatores associados ao risco de internação por acidentes de trânsito no Município de Maringá-PR. Revista Brasileira de epidemiologia, v. 9, p. 193, 2006.

SOARES, A.C.N. & DA SILVA LIMA, M.R. Serviços de delivery alimentício e suas precauções em tempos da pandemia de SARS-COV-2 (Covid-19). Brazilian Journal of Health Review, v. 3, p. 4217, 2020.

TREVISOL, D.J. *et al*. Perfil epidemiológico dos pacientes vítimas de acidentes de trânsito atendidos no serviço de emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição em Tubarão, Santa Catarina. Scientia Medica, v. 22, p. 148, 2012.

CAPÍTULO 22

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO COM HIV NO PERÍODO DE 2010 A 2018

Joyce K da Silva[1], Suian S N Santos[1], Sarah C de Albuquerque[2], Vanessa M F dos Santos[2], Carla S dos Anjos[3], Jonas B dos Santos[2], Amanda dos S Rodrigues[4], Franciare V Silva[5], Emanuelly K de F Lima[5], Marcela F dos Santos[5], Ana C G da H Rocha[5], Jadielson A da Silva[6], Lucas K B da Silva[7], Ana C Melo dos Santos[8]

[1] Discente de Enfermagem, Faculdade UNIRB Arapiraca, Arapiraca/AL.
[2] Discente de Enfermagem, Faculdade UNIRB Arapiraca.
[3] Discente de Enfermagem, Universidade Federal de Alagoas, Arapiraca/AL.
[4] Discente de Biomedicina, Faculdade UNIRB Arapiraca.
[5] Discente de Enfermagem, Faculdade CESMAC do Sertão, Palmeira dos Índios/AL.
[6] Discente de Fisioterapia, Faculdade UNIRB Arapiraca, Arapiraca/AL.
[7] Mestre em enfermagem. Universidade Federal de Alagoas, Maceió/AL.
[8] Mestre em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Alagoas, Maceió/AL.

Palavras-chave: *Crianças; Epidemiologia; HIV.*

1. INTRODUÇÃO

O vírus da imunodeficiência humana (HIV) é altamente infeccioso, transmitido através de fluidos corpóreos, é responsável pelo desenvolvimento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), caracterizada por agir no sistema imunológico, tornando o corpo suscetível ao desenvolvimento de doenças, representando um grande problema de saúde pública na atualidade, atingindo pessoas sem distinção de faixa etária. Em crianças menores de um ano de vida, a infecção por HIV acontece na maioria dos casos, por transmissão vertical ou amamentação (BRASIL, 2014).

A medida mais efetiva para a prevenção no recém-nascido é o diagnóstico e tratamento da gestante e de sua parceria sexual, além de cuidados específicos durante o

parto vaginal e cesariana em gestantes vivendo com HIV/AIDS. Tais cuidados também incluem as medidas de biossegurança, com a finalidade de reduzir a exposição da pele e das mucosas do profissional de saúde (BRASIL, 2019).

Dessa forma, o objetivo desse estudo foi descrever o perfil epidemiológico de crianças menores de um ano com HIV nas regiões brasileiras no período de 2010 a 2018.

2. MÉTODO

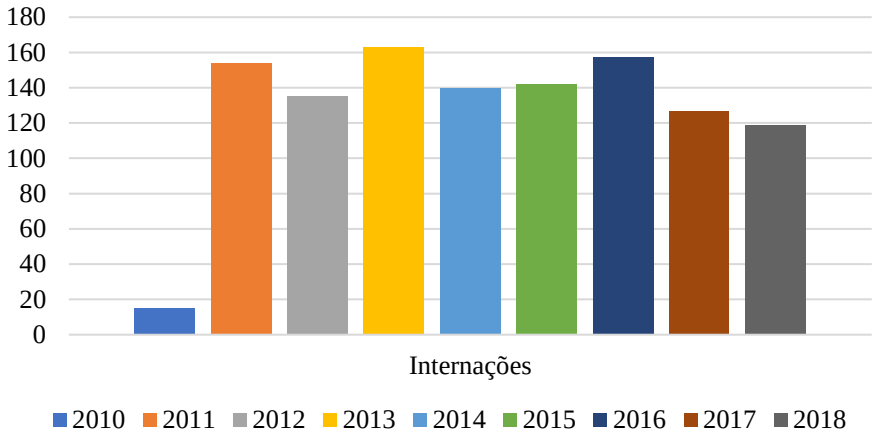
Trata-se de um estudo descritivo quantitativo por meio de dados secundários do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), disponibilizados pelo DATASUS. Os dados coletados foram: número de internações, óbitos e valores hospitalares de acordo com a lista de morbidade do CID-10 por local de internação e ano de atendimento variando entre 2010 a 2018. Adicionalmente, as informações foram caracterizadas por sexo, cor/raça e faixa etária.

Os dados foram tabulados em planilhas eletrônicas para obtenção de dados estatísticos, além de serem expressos em frequência absoluta. O levantamento bibliográfico foi realizado na Biblioteca Virtual de Saúde, e SciELO.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

De 2010 a 2018, foram notificados 1.152 casos de crianças menores de um ano com HIV. O ano de 2013 se destacou com o total de 163 registros, em seguida o ano de 2016, com 157, e 2011 com 154. Por outro lado, o ano de 2010 expressou apenas 15 internações. Esses dados podem ser observados na (Figura 1). A prevalência dos casos do vírus da imunodeficiência humana em crianças pode apresentar retardo puberal, alterações no desenvolvimento neuro-cognitivo e doenças oportunistas.

Figura 1. Internações de HIV por ano de atendimento, de 2010 a 2018



Fonte: adaptado de SIH/SUS – DATASUS, 2020.

A região Nordeste foi a que mais se destacou nos registros de internações, com 496 casos, em seguida a região Sudeste apresentou 380, região Sul teve 139, região Norte ficou com 82, e a região Centro-Oeste apresentou apenas 55 notificações. A taxa de mortalidade foi elevada na região Norte (9,76), seguida da região Sudeste (6,05), no Centro-Oeste a taxa de mortalidade foi de 5,45. O Nordeste expressou 5,24 na taxa de mortalidade e, por fim, a região Sul apresentou taxa de 3,6 (Tabela 1). Observamos que a região Sudeste demonstrou elevada prevalência correspondendo a 70,36% de infecção por HIV em crianças menores de 1 ano. Compreende-se também, que a prevalência dos casos de HIV no Nordeste é devido ao estágio de vulnerabilidade social em que a região se encontra, além da vulnerabilidade institucional em relação ao acesso as medidas de prevenção ao HIV.

Como foi identificado no estudo de Silva *et al*. (2010), realizado na região Nordeste, das 80 crianças observadas, 77 (96,2%) eram sintomáticas e, destas, 25 (33%) foram classificadas na categoria B do CDC. Quanto à avaliação imune através da contagem de linfócitos TCD4^{+}, 40 (50%) crianças apresentavam imunodeficiência moderada e 22 (27,5%) apresentavam imunodeficiência grave. Em 49 casos (61,2%), haviam critérios para utilização de antirretrovirais.

Tabela 1. Internações e taxa de mortalidade por HIV nas regiões brasileiras, período de 2010 a 2018.

Regiões Brasileiras	Internações por Região	Taxa de Mortalidade por Região
Região Norte	82	9,76
Região Nordeste	496	5,24
Região Sudeste	380	6,05
Região Sul	139	3,6
Região Centro-Oeste	55	5,45

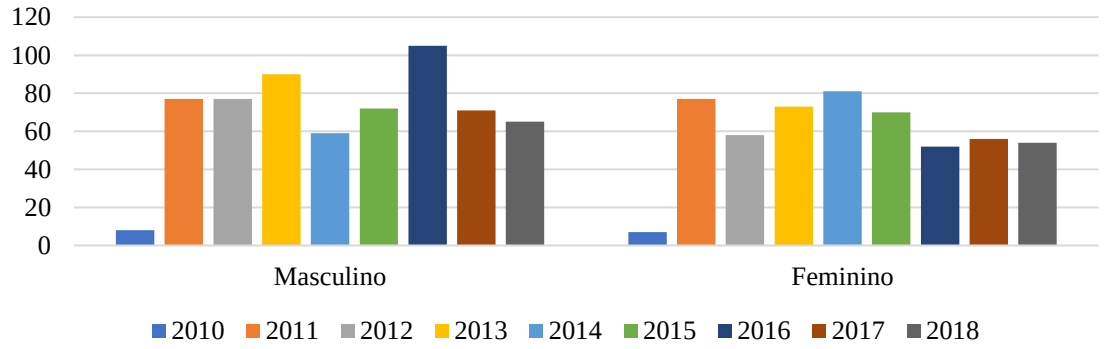
Fonte: adaptado de SIH/SUS – DATASUS, 2020.

De acordo com Szwarcwald *et al*. (2006), a detecção de infecção do HIV em gestantes é estimada em 63%. Porém, ficou evidenciado nesse estudo que há uma enorme desigualdade regional na detecção de infecção por HIV em gestantes, obtendo as menores estimativas as regiões Nordeste e Norte, e as regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste com estimativa de detecção superior a 75%. Nessa óptica, a ausência das práticas de educação em saúde pode contribuir de forma negativa para novas notificações por transmissão vertical da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV) em menores de um ano de idade. Nisso, a prevalência de crianças com HIV na região nordeste apresentou um número expressivo de notificações nos últimos anos, o que pode ser caracterizado como falha nas medidas de promoção e prevenção de saúde.

O valor médio de internação teve um valor aproximado de R$ 1.273,75. Em 2012, o valor médio de internação teve maior gasto, com total de R$ 1.985,01. A média de permanência foi de 13,8 dias. O sexo masculino foi o mais acometido pelo HIV, com total de 624 internações, enquanto o sexo feminino apresentou 528 casos (Figura 2).

As crianças do sexo masculino e pardas foram mais acometidas e o caráter de atendimento urgência foi o mais utilizado, colocando em evidência os pontos negativos dos sinais e sintomas causados pelo HIV. Além disso, apontou-se, em um estudo realizado por 9 Lopes *et al*. (2015), que dos 90 casos notificados de AIDS entre crianças, 57,7% eram do sexo masculino e que 78 dos casos (86,7%) tiveram transmissão vertical como fonte de transmissão. A quantidade total de valores gastos por serviços hospitalares mostra o quão importante é a promoção e prevenção de saúde no combate ao HIV.

Figura 2. Internações por HIV segundo sexo, de 2010 a 2018



Fonte: adaptado de SIH/SUS – DATASUS, 2020.

O sexo masculino teve o maior número de óbitos (n = 37) e o feminino apresentou 28 registros. O total de óbitos em crianças menores de um ano por HIV no período de 2010 a 2018 foi de 65 casos. Em relação a variável cor/raça, nota-se a prevalência de óbitos em indivíduos "sem informação", com 38 notificações, em seguida a parda (n = 19). A região Nordeste se destacou com 26 óbitos, estando seguida pela região Sudeste, com 23 óbitos. O caráter de atendimento mais utilizado foi o de urgência, com 963 registros, enquanto o eletivo expressou 189 casos (Tabela 2). O total de valor de serviços hospitalares foi de R$1.283.256,44.

Tabela 2. Internações, valor médio de internação e óbitos por caráter de atendimento, período de 2010 a 2018

Caráter de atendimento	Internações	Valor Médio de Internação	Óbitos
Eletivo	189	1.169,36	4
Urgência	963	1.294,24	61

Fonte: adaptado de SIH/SUS – DATASUS, 2020.

4. CONCLUSÃO

É fundamental realizar vigilância epidemiológica e notificação adequada, bem como reverter os fatores predisponentes para infecção por HIV em crianças menores de um ano. Sob uma perspectiva epidemiológica, nota-se a necessidade de medidas de

intervenção voltadas a promoção e prevenção de saúde no combate ao HIV em crianças menores de 1 ano.

Cabe, ainda, a necessidade da implementação e aplicação de políticas de saúde pública na Atenção Primária à Saúde em todo o país. Torna-se inevitável o acompanhamento do neonato com uma equipe multiprofissional, com a finalidade de realizar o tratamento precoce contra a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV).

5. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS, Departamento de Informática do Sus. Informações de Saúde (TABNET): Epidemiológicas e Morbidade. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>. Acesso em: 20 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília. 2014. Disponível em: http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2014/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-criancas-e. Acesso em: 20 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clinico e Diretrizes Terapêuticas Para Prevenção Da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Brasília, DF, 2019. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv> Acesso em: 20 set. 2020.

LOPES, E.M. *et al*. AIDS em crianças: A influência dos diferenciais socioeconômicos no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 31, p. 3, 2015.

SZWARCWALD, C.L. & SOUZA JÚNIOR, P.R.B. Estimativa da prevalência de HIV na população brasileira de 15 a 49 anos, 2004. Boletim Epidemiológico AIDS e DST, Brasília, DF, ano 3, p. 13, 2006. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/781>. Acesso em: 3 set. 2020.

SILVA, M.J.M. *et al* . Perfil clínico-laboratorial de crianças vivendo com HIV/AIDS por transmissão vertical em uma cidade do Nordeste brasileiro. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, v. 43, p. 33, 2010.

CAPÍTULO 23

SAÚDE DA MULHER – UMA LINHA DO TEMPO ACERCA DA VIOLÊNCIA SEXUAL

Julia P Alfredo[1], Luiza B Warlet[1], Valentina G Bortoluzzi[1], Camila P Alfredo[2], Lucas Lerro[2], Leonardo Lerro[3], Lana F P C Netto[1], Luísa L Dill[1], Luiza P Conzatti[4]

[1] Discente de Medicina, Universidade Católica de Pelotas, Pelotas/RS.
[2] Discente de Medicina, Universidade de Santo Amaro, São Paulo/SP.
[3] Discente de Medicina, Centro Universitário Lusíadas, Santos/SP.
[4] Discente de Medicina, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo/RS.

Palavras-chave: *Medicina; Delitos Sexuais; Saúde da Mulher.*

1. INTRODUÇÃO

Apesar de estar presente na vida das mulheres desde os primórdios da humanidade, a violência sexual apenas foi reconhecida pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um problema de saúde pública no ano de 1993 (CAVALCANTI *et al.*, 2020).

Ao passo que a sociedade evolui em muitos aspectos, parece ter estagnado no que diz respeito a violência sexual: a prevalência desse tipo de abuso é, ainda, alarmante (CORTES & PADOIN, 2016). Contudo, é notório que esse problema vai muito além dos números pois sabe-se que a maioria dos casos de violência sexual passam despercebidos pelo sistema de saúde, principalmente, por falta de um meio eficiente de notificação e acolhimento das vítimas (GASPAR & PEREIRA, 2018).

No Brasil, ao longo do tempo, algumas estratégias de combate a esse tipo de violência foram inseridas, entretanto, de modo ineficiente (SOUSA *et al.*, 2019). No ano 2003, foi incluída no código penal a lei federal nº 10.778, que torna obrigatória a realização compulsória de notificação, nos casos de violência contra mulher, para os serviços de saúde, seja ele público ou privado. Já em 2006, foi implantado o Sistema de

Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), que, por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), tornou-se um meio para coleta de dados acerca da violência doméstica e sexual (PINTO *et al.*, 2017).

Ademais, também no ano de 2006, houve a criação da Lei nº 11.340, mais conhecida como Lei Maria da Penha, uma das maiores conquistas das mulheres brasileiras (CORTES & PADOIN, 2016). Essa lei teve como principal objetivo reprimir a violência doméstica e familiar contra a mulher, impondo ao Estado a elaboração e efetivação de políticas de proteção e medidas assistenciais tanto à mulher agredida, como também a prevenção dos atos de violência (SCHRAIBER *et al.*, 2007). Ainda que existam todos esses mecanismos, o crime de abuso sexual ainda é um fenômeno invisível. Por conta disso, pode-se inferir que os profissionais não possuem preparo suficiente para acolher as vítimas e as mesmas têm medo das consequências da denúncia.

Os profissionais da saúde são indispensáveis na notificação e atendimento das vítimas. Contudo, a maioria dos casos de violência sexual passa despercebida devido ao despreparo para receber essas mulheres (SCHRAIBER *et al.*, 2007). A deficiência nesses atendimentos é, muitas vezes, justificada pela falta de tempo, pela falta de informações acerca dos serviços disponíveis para suporte e, principalmente, pelo medo de não saber o que falar (SOUSA *et al.*, 2019). Pode-se entender que tal despreparo é fruto de uma abordagem pobre durante não só a graduação, como também no âmbito pessoal (BARROS *et al*., 2015). Dessa forma, se faz necessário o aprofundamento dos conhecimentos acerca desse tema, além da inserção de novas ações que assegurem o treinamento adequado para esses profissionais(BRASIL, 2020).

O ato de omitir um caso de abuso sexual é motivado pelo medo, dor e vergonha (GOMES *et al*., 2018). Acrescenta-se ainda a ausência de apoio a essas vítimas. A assistência a essas mulheres deve ser baseada na empatia, respeitando aspectos culturais, históricos e emocionais e, principalmente, deve ser isento de julgamentos (CAVALCANTI *et al.*, 2020). Portanto, é essencial que haja uma reformulação no modelo de atendimento a essas vítimas, de modo que cada uma das vítimas esteja confortável e segura para fazer sua denúncia (OVILEIRA *et al.*, 2005).

A pesquisa propõe uma análise de artigos, com a finalidade de descrever os dados mais recentes sobre os casos de violência sexual contra mulheres, uma vez que a maioria

deles não são constatados pelos profissionais da saúde, o que acaba por contribuir pela invisibilidade do fenômeno. Embora não representando o número real dos casos, o presente artigo visa alertar a população brasileira sobre a importância epidemiológica do assunto. O estudo também busca mostrar a relevância do espaço acadêmico e científico para trabalhos relacionados com a violência, tendo em vista suas repercussões sociais, a fim de proporcionar informações importantes para os profissionais da saúde, que acometem a vítima. Ademais, visa abordar o manejo adequado dentro do SUS, com o objetivo de garantir uma assistência adequada quanto ao conforto e a estabilidade emociona, e física, para todas as mulheres que são violentadas diariamente no mundo.

2. MÉTODO

Foram coletadas informações nos bancos de dados PubMed, Lilacs e SciELO a fim de analisar casos de violência sexual contra a mulher no Sistema Público de Saúde brasileiro. Foram incluídos artigos originais que foram publicados desde 2001 até 2013, indexados pelos descritores: "Delitos Sexuais", "Saúde da Mulher" e "Sistema Único de Saúde". Na bibliografia analisada, foram reunidos estudos de artigos, que possuíam métodos diferentes para a obtenção de informações.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No primeiro estudo, foi realizada uma entrevista em um Centro Obstétrico, em um Pronto Socorro de um Hospital e no Pronto Atendimento Municipal. Ao total, foram ouvidas 10 enfermeiras encarregadas de atenderem as pacientes vítimas de violência sexual, sendo realizada apenas uma pergunta à todas: “O que vocês têm em vista quando cuidam de mulheres em situação de violência?” e, diante das respostas, houve uma análise para fins de obtenção de informações essenciais para o manejo adequado das pacientes.

A segunda pesquisa se deu por um estudo observacional realizado entre janeiro de 2009 e dezembro de 2013, quando foram coletadas informações sobre os casos de violência sexual, inseridas na base nacional do SINAN. As informações coletadas na pesquisa, se deram nos parâmetros de região, idade, sexo, raça autorreferida, escolaridade, tipos de violência sexual, meio de agressão utilizados, violência de

repetição e o local da ocorrência, auxiliando assim, a definir as características sociodemográficas das vítimas, analisando em conjunto, o quanto ela variou entre os anos de 2009 e 2013, período e que se realizou a pesquisa.

No último estudo, que foi realizado entre os anos de 2001 e 2002, no estado de São Paulo, contou com a entrevista de 3.193 mulheres entre 15 a 45 anos. Foi aplicado um questionário, na qual inquiria se as mesmas haviam sofrido violência sexual no último ano, se conheciam o agressor e se realizaram a notificação da violência interpessoal e autoprovocada.

Diante das informações coletadas nos diferentes estudos, foi perceptível que no primeiro estudo houve uma divisão das respostas das profissionais de enfermagem, isto é, enquanto umas realizam práticas conforme o protocolo normal de atendimento e esperam a recuperação física das mulheres, para então depois escutá-las e dialogar sobre seu bem estar emocional, outras iniciam o tratamento manifestando sua necessidade de entender a circunstância vivida. Perante esses resultados, é importante salientar que os profissionais de saúde, nesse caso de enfermagem, ao desenvolverem o manejo com a paciente vítima de violência, devem agir conscientemente, sem preconceitos, em prol da saúde e bem-estar da paciente.

Já o segundo estudo, que trouxe a relação entre as características de violência sexual durante o período de 2009 a 2013, foi possível identificar um aumento no número de notificações, sendo os casos de estupro os mais frequentes. Ainda acerca dos dados obtidos, houve uma minimização significante das notificações por espancamento, diferentemente da proporção de violência de repetição, que aumentou de forma notável. Vale ressaltar que a maioria dos casos ocorreu em residência, em pessoas com menos de oito anos de estudo, adolescentes e no sudeste do país. Logo, é notório o aumento do número de notificações de violência sexual, podendo este ter se dado por um possível acréscimo de casos, por maior conscientização das vítimas ou por uma quantidade de unidades notificantes/estruturação mais qualificada.

Por fim, o terceiro estudo constatou que os parceiros íntimos são os maiores agressores. Todavia, somente 39,1% das entrevistadas responderam positivamente quando questionadas sobre se já haviam sofrido violência na vida, mostrando, desse modo, que a percepção sobre sofrer violência é pequena. Por outro lado, essa taxa acresce

quando perguntadas sobre agressão sexual. A partir desse resultado, podemos perceber que a percepção sobre agressões de caráter físico e sexual é maior do que quando esta é psicológica. Em síntese, como dito no artigo “Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo”, “a violência contra a mulher mostrou-se relevante questão entre usuárias de serviços de saúde, o que repercute nas questões de sua assistência”.

Posto isso, é visível que o cenário atual do Brasil ainda tem muito a progredir para que, não só as mulheres vítimas de violência, seja psicológica, seja sexual, tenham um tratamento adequando, mas também para minimizar até o mais próximo da erradicação dos casos.

4. CONCLUSÃO

Reunindo todas as metodologias, concluímos que a violência contra a mulher não é novidade e, devido a esse fato, pode ser banalizada pelas vítimas. Isso ocorre devido, principalmente, a desigualdade de gênero, a qual posiciona a mulher como inferior e submissa ao homem, acarretando, assim, danos à mulher em todas as suas esferas.

Muitas mulheres que sofrem violência no seu cotidiano consideram essa atitude dentro do normal, e acabam por não denunciar, desse modo, faz-se importantíssima não somente a conscientização das pessoas de forma geral acerca da violência contra à mulher, mas também a capacitação de profissionais da saúde para atender essas pacientes com a máxima capacidade de respeito e eficiente, sem pré-julgamentos. É de suma importância que esse assunto seja bastante discutido e a agressão repudiada na sociedade, visto que somente dessa maneira conquistaremos a utópica erradicação da violência contra à mulher.

5. REFERÊNCIAS

BARROS, L.A. *et al*. Vivência de (des)acolhimento por mulheres vítimas de estupro que buscam os serviços de saúde. Revista da escola de enfermagem da USP, v. 49, p. 193, 2015.

BARROS, L.A. Vivências de acolhimento por mulheres vítimas de estupro que buscam os serviços de saúde. 2014. 111 f. Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2014. Disponível em: <http://www.repositorio.ufal.br/bitstream/riufal/1172/1/Viv%C3%AAncia%20de%20acolhimento%20por%20mulheres%20v%C3%ADtimas%20de%20estupro%20que%20buscam%20os%20servi%C3%A7os%20de%20sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf. Acesso em: 26 ago 2020.

CAVALCANTI, G.M.B. *et al*. A violência contra a mulher no sistema único de saúde. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, v. 12, p. 146, 2020.

CORTES, L.F. & PADOIN, S.M.M. Intencionalidade da ação de cuidar mulheres em situação de violência: contribuições para a Enfermagem e Saúde. Escola Anna Nery, v. 20, e20160083, 2016.

GASPAR, R.S. & PEREIRA, M.U.L. Evolução da notificação de violência sexual no Brasil de 2009 a 2013. Caderno de Saúde Pública,. v. 34, e00172617, 2018

GOMES, R. *et al.* Gênero, direitos sexuais e suas implicações na saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, p. 1997, 2018.

OLIVEIRA, E.M. *et al*. Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. Revista de Saúde Pública, v. 39, p. 376, 2005.

PINTO, L.S.S. *et al*. Políticas públicas de proteção à mulher: avaliação do atendimento em saúde de vítimas de violência sexual. Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, p. 1501, 2017.

SCHRAIBER, B.L. *et al*. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. Revista de Saúde Pública, v. 41, p. 359, 2007.

SEHNEM, G.D. *et al*. Violência contra as mulheres: Atuação da enfermeira na atenção primária à saúde. Revista de Enfermagem da UFSM. v. 9, 2019.

CAPÍTULO 24

ACIDENTES COM ANIMAIS PEÇONHENTOS EM PEDRO II-PI: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E UMA ATIVIDADE EDUCATIVA COM ALUNOS DO ENSINO FUNDAMENTAL

Brendo S Sousa[1], Bruna M da Silva[1], Carina U Barbosa[1], Fabio G P dos Santos[1], Marcelo M Monteiro[1], Lidiane L B Amorim[2]

[1] Discente do curso de Licenciatura em Ciências Biológicas no Instituto Federal do Piauí, Pedro II/PI.
[2] Doutorado em Ciências Biológicas. Docente do Instituto Federal do Piauí, Pedro II/PI.

Palavras-chave: *Epidemiologia; Animais peçonhentos; Atenção básica.*

1. INTRODUÇÃO

Os animais classificados como peçonhentos possuem glândulas produtoras de veneno ou toxinas, associadas com mecanismo especializado de entrega, que os permite injetar o veneno através de dentes especiais, sejam ferrões, espinhos ou dentes. Serpentes, escorpiões, aranhas, himenópteros, peixes, anfíbios e cnidários, são alguns desses animais (CARDOSO, 2009; JARED *et al*., 2015).

Os acidentes causados por animais peçonhentos constituem importante causa de morbidade e mortalidade em vários países da América Latina, África, Ásia e Oceania. Mas, apesar disso, aspectos relacionados à pesquisa epidemiológica, ao acesso ao tratamento e à qualificação de profissionais em saúde ainda são negligenciados pelas políticas públicas nacionais (GUTIÉRREZ *et al*., 2006).

No Brasil, os acidentes por animais peçonhentos são a segunda causa de envenenamento humano, ficando atrás apenas da intoxicação por uso de medicamentos (LEOBAS *et al*., 2016). Esses acidentes são muitas vezes acidentes de trabalho (AT)

ocorridos com pessoas ocupadas em atividades econômicas como agricultura, pecuária, produção florestal, pesca e aquicultura, desenvolvidas sem o uso de equipamentos de proteção individual. Além disso, os problemas de infraestrutura urbana representam um fator de risco, tais como moradias inapropriadas, falta de saneamento básico e o acúmulo de lixo nos domicílios e em terrenos baldios (ROJAS *et al*., 2007).

Esses acidentes devem ser notificados ao Serviço de Vigilância Epidemiológica, por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) nas fichas de notificação/investigação (SILVA *et al*., 2017a), apresentando informações como incidência, mortalidade, manifestações clínicas e evolução do caso. A partir da análise desses dados, a vigilância epidemiológica é capaz de definir a melhor distribuição de soros utilizados para neutralizar os envenenamentos, além definir prioridades de intervenção com ações relacionadas ao processo de orientação e treinamento para atendimento aos acidentados e para a orientação de políticas de prevenção (SOARES & SACHET, 2019).

De acordo com o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (BRASIL, 2019), entre 2007 e 2017, foram notificados 95.205 acidentes com animais peçonhentos no Brasil em trabalhadores do campo, floresta e águas. No período, houve um aumento de 38,25% no número de registros, passando de 7.830 em 2007 para 10.825 em 2017 – esse último ano apresentou maior número de casos em toda a série histórica avaliada. A maior parte dos acidentes ocorreu com serpentes (n=45.763), escorpiões (n=22.596) e aranhas (n=16.474). O Piauí foi o quarto estado com maior coeficiente de mortalidade devido aos acidentes com esses animais (6,8/1 milhão) e ainda apresentou a maior taxa de letalidade (1,8%).

Em relação as serpentes peçonhentas, a maioria dos acidentes no Brasil são ocasionados por espécies do gênero *Bothrops* (jararaca), *Crotalus* (cascavel), *Lachesis* (surucucu) e *Micrurus* (coral verdadeira) (BERNARDE, 2011). As aranhas de importância médica pertencem aos gêneros *Phoneutria* (Armadeira), *Latrodectus* (Viúva Negra) e *Loxosceles* (Aranha Marrom) (LUCAS, 2003). Em relação aos escorpiões, existem três espécies principais, *Tityus bahiensis* (escorpião marrom), *T. serrulatus* (escorpião amarelo), *T. stigmurus* (SILVA *et al.*, 2015).

Embora esses animais causem problemas para a saúde pública, eles apresentam relevância para o meio ambiente e para o próprio ser humano. Segundo Puorto (2012), o veneno dos animais peçonhentos é composto por substâncias que têm grande potencial farmacêutico e podem trazer enormes benefícios ao ser humano. Se essas espécies forem extintas, provavelmente não serão identificados compostos químicos essenciais para desenvolvimento de medicamentos para várias doenças que atingem a espécie humana.

Do ponto de vista biológico, os escorpiões, as aranhas e as cobras são consideradas os principais predadores de insetos e outros pequenos animais, às vezes nocivos ao homem, como mosquitos transmissores de doença (SILVA *et al*., 2005). Assim, esses animais podem ser trabalhados em diferentes conteúdos ensinados durante a vida escolar do estudante, por ter importância das Ciências Naturais, Biologia e Química (SILVA *et al*., 2018a).

A Região de Pedro II – PI é uma área muito procurada nas férias e no período de festival de inverno para o descanso e lazer. Existem muitas ações em meio a natureza, como a prática de caminhadas e trilhas, em regiões rurais e cercadas por áreas de mata, aumentando a exposição a esses animais.

Dessa forma, objetivo do estudo foi realizar avaliar os aspectos epidemiológicos dos acidentes com animais peçonhentos em Pedro II-Piauí, bem como promover ações educativas sobre a prevenção de acidentes com esses animais com alunos do ensino fundamental.

2. MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e retrospectivo pautado em dados das notificações de acidentes por animais peçonhentos na cidade de Pedro II do estado do Piauí, no período de 2007 a 2019, disponibilizados pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). As variáveis observadas foram: idade, sexo, tipo de acidente, gênero da serpente ou aranha, classificação, evolução, mês do acidente e o tempo decorrido entre a picada e o atendimento. Na variável “tipo de acidente” foram analisadas as notificações por acidentes causados por aranhas, serpentes, abelhas, lagartas

e escorpiões. As tabelas e os gráficos foram elaborados através do software Excel 2007 e analisados por estatística descritiva simples.

Posteriormente, foi realizada uma atividade educativa a partir de uma palestra e aplicação de jogos (Tabuleiro peçonhento e Jogo da memória sobre animais peçonhentos) na Escola Família Agrícola Irmã Maria da Cruz – EFAMC em Pedro II. Durante a realização dessas atividades com 21 alunos, foram coletadas informações orais e escritas, a partir de perguntas, com o objetivo de avaliar, primeiramente, a percepção desses alunos frente a situações envolvendo animais peçonhentos.

A ação educativa somente ocorreu após a autorização da diretora da escola que assinou um documento e dos professores presentes. Além disso, os alunos receberam o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) e devolveram o documento com a assinatura dos pais. A partir das diretrizes para pesquisas definidas pela resolução CNS/MS 466/12 e suas complementares, a proposta de ação educativa não necessita de submissão para apreciação ética ao comitê, por se tratar de relato de experiência dos próprios coautores, com anuência do local e dos participantes onde ocorreu o projeto de intervenção, asseguradas as garantias de confidencialidade dos dados.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. Perfil epidemiológico

Durante o período de 2007 a 2019, foram notificados 229 acidentes por animais peçonhentos e venenosos, foram registrados, destes 168 ocasionados por escorpiões (73,36%), 34 por serpentes (14,84%), oito por aranhas (6,2%), três por abelhas (1,3%), um por lagarta (0,43%), e dez (4,3%) causados por outros animais como peixes, formigas, vespas e besouros. Em 2,1% dos acidentes não foi identificado o animal causador. Esses dados estão de acordo com a maioria dos trabalhos no Brasil, onde os acidentes com escorpiões são os mais frequentes e em crescimento, principalmente nas áreas urbanas, onde o escorpião se adapta bem e encontra condições apropriadas para proliferar-se (KOTVISKI & BARBOLA, 2013; LIMA *et al.*, 2020a).

Um trabalho feito em 2019, por Santos e colaboradores com dados de 2015 a 2017 no município de Patrocínio, Minas Gerais, também mostrou que a maioria dos acidentes foram causados por escorpiões (222 casos), seguidos por serpentes (62 casos), aranhas (50 casos), abelhas (47 casos), e outros (insetos em geral, como marimbondo, formiga ou animal não identificado (9 casos) (SANTOS *et al.*, 2019).

A maioria dos acidentes com serpentes foram provocadas pelos gêneros *Crotalus* (55,9%) e *Bothrops* (32,35%). O maior índice de registros ocorridos por serpentes do gênero *Crotalus* se dá, provavelmente, pela existência de muitos campos abertos, áreas secas, arenosas e pedregosas. Um trabalho feito por Cunha *et al*. (2019), mostrou que os acidentes ofídicos que mais ocorrem no estado do Piauí acontecem com serpentes do gênero *Crotalus* (53,6%), seguido de *Bothrops* (28,0%), *Micrurus* (5,6%) e *Lachesis* (0,8%). Já o trabalho realizado por Araújo & Andrade (2019), com dados de 2003 a 2017 no estado do Piauí, divergem desses resultados, mostrando que que as serpentes que mais causaram acidentes foram as do gênero *Bothrops* (45%), seguida do gênero *Crotalus* (21,2%).

O perfil sociodemográfico das vítimas foi apresentado por meio da Tabela 1. Com relação ao sexo dos envolvidos nos acidentes, o sexo masculino foi mais afetado, com 54,6% dos casos. Esse resultado pode estar relacionado ao fato que são os homens que mais frequentemente realizam atividades relacionadas à agricultura, pecuária, construção civil, turismo ecológico, pesca e caça, possibilitando o encontro com os animais peçonhentos (BOCHNER & STRUCHINER, 2003; OLIVEIRA *et al*., 2011), refletindo um padrão apresentado em outras pesquisas (SILVA *et al*., 2017a; SANTOS *et al*., 2019).

A faixa etária com maior incidência dos casos foi aquela representada por indivíduos com idade variando entre 20 e 39 anos, representando cerca de 28,4% dos casos registrados. Em seguida está o grupo formado por indivíduos com idade variando de 40 a 59 anos (27,5% dos casos) e a faixa etária menos acometida foi a de maiores de 80 anos, representando 1,9% das notificações. A maioria das vítimas possuía o Ensino Fundamental incompleto (42,8%) e foram declaradas como da raça branca (49,1%).

Tabela 1. Variáveis epidemiológicas relacionadas aos acidentes por animais peçonhentos ocorridos na cidade de Pedro II-PI, Brasil, no período de 2007-2019

Característica	N	%
Sexo		
Masculino	125	54,6%
Feminino	104	45,4%
Raça		
Branca	112	49,1%
Preta	13	5,7%
Amarela	2	0,9%
Parda	93	40,8%
Ignorado (em branco)	8	3,5%
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	98	42,8%
Ensino fundamental completo	15	6,5%
Ensino médio incompleto	12	5,2%
Ensino médio completo	17	7,4%
Ensino superior incompleto	2	0,9%
Ensino superior completo	5	2,2%
Não se aplica/Ignorado	61	26,7%
Analfabeto	19	8,3%
Faixa etária		
<1 ano	10	4,3%
1-14 anos	36	15,7%
15-19 anos	19	8,3%
20-39	65	28,4%
40-59	63	27,5%
60-79	32	13,9%
>80 anos	4	1,9%

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net, 2020.

Observou-se que a maioria das vítimas pertencia à faixa etária da população economicamente ativa do país, o que também confirma a ideia desse tipo de acidente estar associado a questões laborais devido a não utilização de equipamentos de proteção individual (luvas de couro e sapatos fechados, por exemplo) (SILVA *et al*., 2015; LOPES *et al*., 2017). O grau de instrução informado para a maioria das vítimas dos acidentes foi ensino fundamental incompleto. Apesar disso, Silva *et al.* (2018b) salienta que a escolaridade das vítimas não é um fator determinante para a ocorrência de acidentes envolvendo animais peçonhentos. Entretanto, a exposição a atividades menos especializadas e a não adoção ou falta de conhecimento sobre as medidas preventivas pode favorecer a ocorrência desses agravos. Em relação aos dados referentes à raça/cor,

observa-se maior prevalência de brancos e pardos, estando de acordo com os achados Silva *et al.* (2017b).

Segundo Fontes *et al.* (2020), após acidente com animal peçonhento, o tempo hábil entre o acontecimento e o atendimento ambulatorial é fundamental. Grande parte dos casos deste estudo apresentaram intervalo entre a picada e o atendimento de 0 a 1 horas (39,5%) e de 1 a 3 horas (35,1%), o que ajuda a compreender a evolução clínica favorável (cura) na maioria dos acidentes (90,8%), estando de acordo com os trabalhos de Oliveira *et al.* (2015) e Fontes *et al.* (2020) realizados no Piauí, onde o período de atendimento após a picada foi de até 3 horas.

Os resultados mostraram ainda que os acidentes se apresentam distribuídos ao longo de todos os meses do ano, com maior prevalência de casos entre os meses de julho a novembro (10,5%; 10,9%; 10%; 11,4%; 12,2%, respectivamente). Esses meses do ano são de muito calor e temperatura elevada em Pedro II, coincidindo com maior movimentação dos animais em busca de abrigos, locais para reprodução e alimento, o que aumenta as chances do encontro entre humanos e animais, e consequentemente o número de acidentes. Além disso, os meses de julho e agosto são períodos de férias escolares, época de alta temporada, o que leva turistas e a população local a realizarem ecoturismo, e aumentarem a proximidade com o habitat dos animais peçonhentos. Dessa forma, as condições climáticas e os tipos de atividades humanas são fatores determinantes no aumento do número de notificações (VIEIRA & MACHADO, 2018).

3.2. Atividade Educativa

Silva *et al.* (2018a) destacam que é de suma importância discutir sobre animais peçonhentos em escolas no município de regiões de interior, principalmente por se viver em uma região de diversidade de animais com esses caracteres, ilustrando, sempre sua importância para o equilíbrio ecológico, sua função médica-farmacêutica, e como agir quando contatados com esses animais.

Com isso, foi realizado uma apresentação aos alunos do ensino fundamental de uma escola pública de Pedro II sobre animais peçonhentos, sendo abordados características gerais, aspectos morfológicos, diferenciação de outros animais, prevenção

e cuidados em caso de acidentes bem como a importância ecológica e conservação. E, com a exposição do material lúdico como jogos, os alunos passaram a conhecer melhor sobre esses animais.

Quando os alunos foram questionados sobre à ocorrência de acidentes sofridos com animais peçonhentos, a maioria dos estudantes 71% (n =15) afirmou não ter sofrido acidente, já 29% (n=06) declararam ter sofrido acidente. Em relação ao animal peçonhento que eles consideravam mais perigoso, as respostas obtidas foram as seguintes: 55% cobra, 33% escorpião e 12% aranha. Provavelmente, essas respostas se deram devido a relatos do cotidiano de pessoas próximas aos alunos, assim como, o fato de existir algumas espécies de escorpiões e cobras na região que podem provocar acidentes graves, por isso, esses animais são mais conhecidos pela população.

Diante das atitudes a serem tomadas pelos alunos mediante os acidentes com esses animais, 76% apontam como principal atitude chamar uma pessoa experiente, enquanto 10% mataria o animal, 9% tomaria leite e 5% responderam que chamariam o centro de zoonoses. No trabalho de Silva *et al.* (2018a), os alunos também apontam como principal atitude chamar uma pessoa experiente, representado por 43,75%, enquanto os demais apontaram atitudes como matar o animal ou ainda sair correndo. Assim, são necessários os trabalhos de sensibilização com os alunos para evitar atitudes como matar o animal e garantir conservação da diversidade, além de evitar procedimentos incorretos, como beber leite para diluir a toxina, cortar a parte picada, sugar o veneno e a utilização de torniquete (BALLOUARD *et al*., 2012).

Quando questionados sobre se consideram o conhecimento sobre os animais peçonhentos necessário, 81% responderam que sim e 19% responderam que não. Assim**,** observa-se que os alunos tinham interesse em discutir sobre os tipos de animais peçonhentos e as medidas profiláticas que devem ser tomadas. Resultado similar foi observado por Lima *et al*. (2020b), que afirma que com a utilização de materiais lúdicos os alunos foram participativos e responsáveis ao longo do desenvolvimento do projeto demonstrando assim interesse em aprender mais sobre os animais peçonhentos. Além disso, despertou o senso crítico, uma vez que os alunos puderam associar o meio ambiente e a saúde como fatores importantes.

Por acreditar na importância do tema de animais peçonhentos e por ser este um tema que desperta interesse em crianças e adolescentes, já que parte de vivências do cotidiano, escolhemos jogos para trabalhar essa temática. O jogo intitulado “Tabuleiro com animais peçonhentos” e o “Jogo da Memória com animais peçonhentos”, foram criados pela Companhia Paranaense de Energia-COPEL com parcerias com o governo do estado do Paraná, sendo aplicada com êxito neste trabalho.

Durante a realização da aplicação dos jogos, foi possível observar o empenho e a vontade dos alunos de brincar e participar. Também é importante destacar que os jogos apresentados complementavam o conteúdo um do outro, porém o jogo que mais se destacou e que obteve uma maior interação além de uma carga maior de informações acerca da temática foi o “Tabuleiro Peçonhento”, pois uma das regras era que quem parasse na casa de cor laranja teria que retirar uma carta e ler, e as informações que continham nas cartas eram de extrema importância para eles, pois, tratavam-se de procedimentos, métodos e ações na qual foram analisados como procedimento positivo ou negativo.

O positivo seria a decisão certa do que fazer em uma determinada situação envolvendo animais peçonhentos e que traria a recompensa de avançar casas, e o negativo seria a decisão errada e com a punição de voltar casas no tabuleiro. Esse sistema de punição e recompensa pode auxiliar na fixação do conteúdo, gerando uma maior atenção nos procedimentos, gerando curiosidade por parte do aluno em descobrir por que a ação que a carta retirada apresentava estava correta ou errada.

4. CONCLUSÃO

No presente estudo, observou-se a omissão de algumas informações no SINAN, como, por exemplo, identificação das espécies de escorpiões e aranhas causadoras do agravo. Talvez essa falha na alimentação de dados no SINAN, esteja relacionada com a falta de conhecimento pela população e da própria de saúde sobre as espécies da região sendo importante a realização de capacitações técnicas, desenvolvimento de material educativo e maiores estudos epidemiológicos regionais, visando o desenvolvimento de políticas públicas voltadas para a realidade local.

Sobre o relato de experiência de uma atividade educativa com alunos do ensino fundamental, apreende-se que a inserção de palestras e processos lúdicos como uso de jogos na educação em saúde apresenta ótimos resultados quanto ao ensino-aprendizagem, já que esses recursos trabalham os conceitos de forma contextualizada facilitando a melhor compreensão de termos científicos, melhorando assim métodos de prevenção de acidentes e garantindo que os alunos possam ser multiplicadores deste conhecimento.

Espera-se desenvolver materiais educativos como cartilhas, com a participação dos profissionais de saúde e alunos do curso superior em Licenciatura em Ciências Biológicas junto com alunos de escolas públicas, para ajudar a minimizar as principais dúvidas da população sobre animais peçonhentos e incentivar as medidas de prevenção.

5. REFERÊNCIAS

ARAÚJO, S.C.M. & ANDRADE, E.B. Aspectos epidemiológicos dos acidentes ofídicos ocorridos no estado do Piauí, Nordeste do Brasil, entre os anos de 2003 e 2017. Pesquisa e Ensino em Ciências Exatas e da Natureza, v. 3, p. 154, 2019.

BALLOUARD, J.M. *et al.* Influence of a field trip on the attitude of schoolchildren toward unpopular organisms: an experience with snakes. Journal of Herpetology, v. 46, p. 423, 2012.

BERNARDE, P.S. Mudanças na classificação de serpentes peçonhentas brasileiras e suas implicações na literatura médica. Gazeta Médica da Bahia, v. 81, n.1, p. 55–63, 2011.

BOCHNER, R. & STRUCHINER, C.J. Epidemiologia dos acidentes ofídicos nos últimos 100 anos no Brasil: uma revisão. Caderno de Saúde Pública, v. 19, p. 7, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Acidentes de trabalho por animais peçonhentos entre trabalhadores do campo, floresta e águas, Brasil 2007 a 2017. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/marco/29/2018-059.pdf>.BoletimEpidemiológico, v. 50, n. 11, p. 1-18, 2019. Acesso em: 27 jul. 2020.

CARDOSO, J.L.C. Animais peçonhentos no Brasil: biologia, clínica e terapêutica dos acidentes. 2. ed. São Paulo, SP: Sarvier, 2009, 540 p.

CUNHA, V.P. *et al*. Perfil epidemiológico de acidentes com animais peçonhentos no Piauí. Revinter, v. 12, p. 76, 2019.

FONTES, F.L.L. *et al.* perfil epidemiológico dos acidentes com animais peçonhentos em um estado do nordeste brasileiro (2007-2017). In: NETO, B.R.S. Inovação tecnológica e o domínio das técnicas de investigação na medicina. 1. ed. Ponta Grossa, PR: Atena, 2020. cap. 18, p. 103, 2020.

GUTIÉRREZ, J.M. *et al.* Confronting the neglected problem of snake bite envenoming: The need for a global partnership. PLoS Medicine, v. 3, p. 727, 2006.

JARED, C. *et al*. Venomous Frogs Use Heads as Weapons. Current Biology, v. 25, p. 1, 2015.

KOTVISKI, B.M. & BARBOLA, I.F. Aspectos espaciais do escorpionismo em Ponta Grossa, Paraná, Brasil. Caderno de Saúde Pública, v. 29, p. 1843, 2013.

LEOBAS, G.F. *et al.* Acidentes por animais peçonhentos no Estado do Tocantins: aspectos clínico-epidemiológicos. Desafios, v. 2, p. 269, 2016.

LIMA, C.A. *et al.* Vigilância em saúde: acidentes e óbitos provocados por animais peçonhentos na região Sudeste – Brasil, 2005-2015. Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental, v. 12, p. 20, 2020a.

LIMA, R.A. *et al.* O estudo dos animais peçonhentos em uma escola pública no município de Humaitá-AM. Revista EDUCAmazônia - Educação Sociedade e Meio Ambiente, Humaitá, v. 24, p. 203, 2020b.

LOPES, A.B. *et al.* Perfil epidemiológico dos acidentes por animais peçonhentos na região Norte entre os anos entre 2012 e 2015: uma revisão. Revista de Patologia do Tocantins, v. 4, p. 36, 2017.

LUCAS, S.M. Aranhas de Interesse Médico no Brasil. In: CARDOSO, J.L.C. *et al.* (eds.) Animais Peçonhentos no Brasil. Ed. Sarvier, São Paulo, 2003. p. 141.

OLIVEIRA, H.F.A. *et al.* Aspectos clínico-epidemiológicos de acidentes com serpentes peçonhentas no município de Cuité, Paraíba, Brasil. Gazeta Médica da Bahia, v. 81, p. 14, 2011.

OLIVEIRA, N.R. *et al.* The epidemiology of envenomation via snakebite in the State of Piauí, Northeastern Brazil. Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, v. 48, p. 99, 2015.

PUORTO, G. Divulgação Científica Sobre Animais Peçonhentos no Brasil. Gazeta Médica da Bahia, v. 82, p. 33, 2012.

ROJAS, C.A. *et al.* Epidemiologia dos acidentes ofídicos na região noroeste do estado de São Paulo, Brasil. Revista Brasileira de Saúde e Produção Animal, v. 8, p. 193, 2007.

SANTOS, A.V. *et al.* Epidemiologia dos acidentes causados por animais peçonhentos no município de Patrocínio (MG), Brasil (2015-2017). Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde, v. 14, p. 82, 2019.

SILVA, S.T. *et al.* Escorpiões, aranhas e serpentes: aspectos gerais e espécies de interesse médico no Estados de Alagoas. Maceió (AL): Edufal, 2005. 53 p. (Conversando sobre ciências em Alagoas).

SILVA, A.M. *et al.* Acidentes com animais peçonhentos no Brasil por sexo e idade. Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, v. 25, p. 1, 2015.

SILVA, J.H. *et al*. Perfil epidemiológico dos acidentes com animais peçonhentos em Tangará da Serra-MT, Brasil (2007- 2016). Journal Health NPEPS, v. 2, p. 5, 2017a.

SILVA, P.L.N. *et al*. Perfil epidemiológico dos acidentes por animais peçonhentos notificados no Estado de Minas Gerais durante o período de 2010-2015. Revista SUSTINERE, v. 5, p. 199, 2017b.

SILVA, D.B. *et al.* O ensino sobre animais peçonhentos em duas escolas públicas do município de Benjamin Constant – AM. Ciência e Natura, v. 40, p. 1, 2018a.

SILVA, C.F.R. *et al.* Perfil epidemiológico de acidentes por animais peçonhentos. Revista de Enfermagem da UFPI, v. 7, p. 35, 2018b.

SOARES, F.G.S. & SACHETT, J.A.G. Caracterização dos acidentes com animais peçonhentos: as particularidades do interior do Amazonas. Scientia Amazonia, v. 8, CS29, 2019.

VIEIRA, G.P.S. & MACHADO, C. Acidentes por animais peçonhentos na região serrana, Rio de Janeiro, Brasil. Journal Health NPEPS, v. 3, p. 211, 2018.

CAPÍTULO 25

TRAUMA, CONSUMO DE ÁLCOOL E CAPITAL SOCIAL EM PACIENTES ATENDIDOS EM UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UM ESTUDO PILOTO

Élvio L R Vieira[1], Viviane Colares[2], Juliana A Cardoso[3], Amanda M F Barbosa[4], Maria C A Oliveira[5], Gheisa B Campos[5], Kairo S M Damasceno[6], Kayo E S Oliveira[7]

[1] Docente do Curso de Odontologia do Centro Universitário Ruy Barbosa – UniRuy, Brasil.
[2] Docente do Curso de Odontologia da Universidade de Pernambuco – UPE e Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, Brasil.
[3] Docente do Curso de Odontologia do Centro Universitário Ruy Barbosa – UniRuy. do Centro Universitário Maurício de Nassau – UniNassau e UNIME – Lauro de Freitas, Brasil.
[4] Docente do Curso de Odontologia do Centro Universitário Maurício de Nassau – UniNassau, Brasil.
[5] Mestre em Perícias Forenses – Cirurgiã-Dentista da Prefeitura Municipal de Jaboatão dos Guararapes, Brasil.
[6] Mestrando em Saúde Coletiva da Universidade Estadual da Bahia – UNEB, Brasil.
[7] Graduando em Odontologia do Centro Universitário Maurício de Nassau – UniNassau, Brasil.

Palavras-chave: *Epidemiologia; Capital Social; Saúde Pública.*

1. INTRODUÇÃO

O trauma é uma lesão de extensão, intensidade e gravidade variável, que pode ser produzida por agentes físicos, químicos, psíquicos e outros, de forma acidental ou intencional, instantânea ou prolongada, em que o poder do agente agressor supera a resistência encontrada (FREIRE, 2001). Suas consequências podem ser sociais e econômicas, tanto para os indivíduos, quanto para a sociedade. As lesões relacionadas a

ele podem ocasionar incapacidades físicas e ou mentais, temporárias ou permanentes e levar ao óbito (MOCK *et al.*, 1998).

Apesar das inúmeras campanhas preventivas e da intervenção de políticas públicas, os traumas continuam a ser uma causa importante de morbidade, incapacidade permanente e morte em várias faixas etárias. Mundialmente, mais de 2,5 milhões de pessoas com idade entre 10 e 24 anos morrem todos os anos vítimas de algum tipo de trauma. Estima-se que até o ano 2030 a mortalidade aumentará aproximadamente 40%, principalmente devido a acidentes (MELLO JORGE & LAURENT, 1997).

Os traumas decorrentes de práticas esportivas, bem como do uso de álcool, têm sido as causas mais frequentes entre adultos jovens, além dos acidentes automobilísticos (CARVALHO *et al.*, 2010). Estima-se que no Brasil 9% da população sejam dependentes do álcool, que 24% bebam frequentemente e pesado (LARANJEIRA *et al.*, 2007) e que o consumo alcoólico seja responsável por mais de 10% da morbidade e mortalidade que ocorrem no país (MELONI & LARANJEIRA, 2004).

Estudos revelam que o álcool é a substância mais consumida pelos jovens no Brasil, seguida pelo tabaco, maconha e estimulantes (CHIAPETTI & SERBENA, 2007), o que pode representar um fator de risco para a adoção de outros comportamentos de risco à saúde, tais como beber e dirigir, atividade sexual desprotegida, violência e suicídio (ANDRADE *et al.*, 1997; FRANCA & COLARES, 2008; GALDURÓZ *et al.*, 2005).

Um estudo aponta que o tempo decorrido entre o acidente e o atendimento hospitalar é um fator decisivo para reduzir a mortalidade e a ocorrência de sequelas, uma vez que 40% dos óbitos ocorrem na fase pré-hospitalar (MOCK *et al.*, 1998). Diante desta necessidade, o Ministério da Saúde, na Portaria GM nº 2.048/2002, publicou o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, estimulando a implantação de redes regionalizadas de atendimento, possibilitando uma melhor organização da assistência à saúde (BRASIL, 2002).

O trauma aparece como um agravo violento e uma de suas consequências se dá pelo consumo de álcool. A investigação detalhada do padrão de consumo de álcool, além de detectar níveis de gravidade, permite a observação dos hábitos de consumo e auxilia no estabelecimento de estratégias de mudanças. Qualquer dose de bebida alcoólica aumenta o risco de morte entre jovens e adultos jovens, sendo o aumento de bebida

consumida relacionado ao aumento da mortalidade, por todas as causas, entre os 16 e 34 anos (MARQUES & RIBEIRO, 2002).

O uso de álcool entre jovens é, naturalmente, um tema controverso no meio social e acadêmico brasileiro. Ao mesmo tempo em que a lei brasileira define como proibida a venda de bebidas alcoólicas para menores de 18 anos (Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996), é prática comum o consumo de álcool pelos jovens – seja no ambiente domiciliar, em festividades, ou mesmo em ambientes públicos. A sociedade como um todo adota atitudes paradoxais frente ao tema: por um lado, condena o abuso de álcool pelos jovens, mas é tipicamente permissiva ao estímulo do consumo por meio da propaganda (SCIVOLETTO *et al*., 2004).

Recentemente, estudos sobre consumo de álcool por jovens têm direcionado o enfoque para o termo *binge drinking* (KUNTSCHE *et al.*, 2004; DONATH *et al*., 2011; SILVEIRA *et al*., 2008; ZARZAR *et al*., 2012). O termo é empregado para definir o uso excessivo e episódico do álcool. A quantidade que define essa prática, segundo o National Institute on Alcohol and Alcoholism (NIAAA) dos Estados Unidos, é de cinco ou mais doses de bebidas alcoólicas em uma única ocasião por homens ou quatro ou mais por mulheres, independentemente da frequência de consumo (MELONI & LARANJEIRA, 2004).

Essa definição leva em consideração as várias complicações potencialmente decorrentes da prática, que incluem desde aquelas não intencionais, de acidentes de toda natureza causadas a outras pessoas, até as consequências biológicas pessoais da intoxicação aguda pelo álcool. Em qualquer circunstância, os custos da prática do *binge drinking* são consideráveis, tanto pelos aspectos econômicos como sociais e emocionais (HECKMANN & SILVEIRA, 2009).

Uma abordagem contextual que pode oferecer um fator de proteção contra o consumo de álcool é o capital social, que vem se apresentando na saúde como fator contextual que pode oferecer um fator de proteção contra o consumo de álcool (ZARZAR *et al.*, 2012), e, consequentemente, tem impacto nos índices de trauma. Capital social diz respeito a um conjunto de elementos da organização social tais como confiança mútua, normas de reciprocidade e solidariedade (elementos cognitivos), como também o engajamento cívico e redes de associações (elementos estruturais) que facilitam a

coordenação e cooperação de ações coletivas para o alcance de benefícios mútuos (KAWACHI *et al*., 1999).

Um elevado nível de capital social mostrou associação com reduzida delinquência juvenil, menores taxas de gravidez em adolescentes, menor quantidade de problemas emocionais e comportamentais, uso adequado de serviços de saúde e menor experiência de problemas bucais entre outros (CROSBY *et al*., 2003; KAWACHI *et al*., 2004).

Sociedades com altos níveis de capital social são mais igualitárias, sendo as pessoas mais envolvidas na vida pública e mais solidárias. Essas pessoas vivem mais e são menos violentas (PETERSEN & NORTOV, 1989). Enquanto maiores taxas de diversos indicadores de violência estão consistentemente associadas a menor capital social, seja em contextos mais amplos (estados) ou mais restritos (bairros) (RICKARDSSON & HANSON, 1989).

Diante deste contexto o presente artigo veio analisar a frequência do consumo de álcool, *binge drinking* e sua associação com a redes de amigos em diferentes contextos família, escola, religião, esporte, lazer e trabalho entre os pacientes atendidos em uma Unidade de Pronto Atendimento, da Cidade de Recife/PE.

2. MÉTODO

Este estudo foi realizado no período de janeiro de 2014, em uma Unidade de Pronto Atendimento – UPA, da Cidade de Recife/PE. A população estudada foi constituída por 100 pacientes, na faixa etária de 15-24 anos, atendidos pelo setor de Traumatologia/Ortopedia da referida unidade de saúde.

O presente estudo utilizou como instrumentos de coleta o Alcohol Use Disorders Identification Test, na sua versão de teste rápido (AUDIT-C) e o Questionário Integrado para a Medição do Capital Social (CS-IQ). A AUDIT C é composta pelas três primeiras questões do questionário original "Com que frequência você consome bebidas alcoólicas? Quantas doses de álcool você consome num dia normal? Com que frequência você consome cinco ou mais doses em uma única ocasião?". Esta ferramenta objetiva avaliar a frequência e quantidade do consumo de bebidas alcoólicas. Foi validada no Brasil (ZARZAR *et al.*, 2012) e aplicada uma amostra representativa na faixa etária de 15 anos

ou mais em duas cidades do sudeste do Brasil (KAWACHI *et al.*, 1999; MARQUES & RIBEIRO, 2002).

A terceira questão foi utilizada para classificar *binge drinking*, sendo definido como cinco ou mais bebidas numa ocasião (SANCHEZ *et al*., 2011). Cada dose de álcool é representada por uma lata de cerveja ou 350 mL de cerveja, 90 mL de vinho ou 30 mL de bebida destilada. Cada bebida contém cerca de 10-12 g de álcool (PINSKY *et al.*, 2010). Aos participantes da pesquisa, foram mostradas imagens de porções normais de diferentes tipos de bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, uísque e "cachaça", uma bebida destilada popular no Brasil) (ZARZAR *et al.*, 2012).

O CS-IQ é um questionário validado (BORGES *et al.*, 2010; ZARZAR *et al.*, 2012), desenvolvido pelo Banco Mundial em 2003, para avaliar o capital social. O questionário é composto de 27 questões organizadas em seis domínios (grupos e redes, confiança e solidariedade, ação coletiva e de cooperação, informação e comunicação, de coesão e de inclusão social e de capacitação e ação política).

Dentro do domínio “Grupos e Redes” foi selecionada as seguintes perguntas: “De quantos grupos você, ou alguém do seu domicílio faz parte?”, “De todos os grupos de que você, ou membros de seu domicilio fazem parte, qual é o mais importante para o seu domicilio?”. Para a primeira pergunta foi usada a seguinte categorização: (0) 0, (1) ≥1. Para a segunda questão utilizamos os grupos: (0) Família, (1) Escola, (2) Religioso, (3) Esportes, (4) Lazer e (5) Trabalho.

O presente estudo recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Pernambuco, sob o número 164.077/12. A coleta de dados foi realizada após consentimento do paciente através do termo de consentimento livre esclarecido. Os pacientes foram entrevistados na sala de espera para atendimento direcionado a traumatologia/ortopedia.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No Brasil, o trauma representa um dos problemas mais significativos de saúde pública, afetando a população jovem e sadia, atingindo mais de 120.000 vidas por ano

(CARVALHO *et al.*, 2010), corroborando com o presente estudo, que aponta que 62% dos pacientes que sofreram trauma eram jovens de 20-24 anos.

Em 2002, o Ministério da Saúde, através da Portaria GM nº 2.048/2002, regulamentou a atenção à saúde prestada na média complexidade, em particular as ofertadas pelas UPA's (BRASIL, 2002). As Unidades de Pronto Atendimento (UPA's) são integrantes do componente pré-hospitalar fixo das Redes de Atenção Integral às Urgências. Configuram-se como unidades de saúde não-hospitalares com complexidade intermediária, que visam estabelecer a relação das unidades básicas de saúde e da Estratégia Saúde da Família com a rede hospitalar (FELISBERTO *et al.*, 2012). O Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Bombeiros são utilizados pelas UPA's para estabelecer a relação da atenção básica diferenciando a UPA dos demais serviços de pronto atendimento (BRASIL, 2012; FELISBERTO *et al.*, 2012; BRASIL, 2008).

As UPA's desempenham papel importante no atendimento secundário à saúde, contribuindo também para a diminuição da procura pelo atendimento nos hospitais de grande porte. Essas unidades constituem porta de entrada aos serviços de saúde, podendo resolver o caso ou, dependendo da necessidade, encaminhar para internação hospitalar ou redirecionar para a atenção básica (BRASIL, 2002; BRASIL, 2009; SANTOS *et al.*, 2013).

Com a intenção de desafogar as grandes emergências dos hospitais públicos, as UPA's possuem como características principais o encaminhamento de pacientes em estado grave para hospitais, o funcionamento em horário integral, o atendimento pediátrico, clínica médica e odontológica, além de outras necessidades locorregionais, como é o caso das urgências traumático-ortopédicas (MACHADO, 2009). Alguns estudos apontam para as associações álcool, drogas, direção de veículos e aumento da violência urbana, principalmente nos finais de semana, como fatores causais dos traumas (FREIRE, 2001).

O 1° Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira apontou que o álcool é a droga mais consumida no país, com 68,7% de relato de pessoas que fizeram uso dessa substância pelo menos uma vez na vida, e, entre os jovens, a porcentagem foi de 48,3%.6. Nesta pesquisa, o percentual de jovens

que fazem uso de bebida alcoólica foi superior ao da população geral correspondendo a 54% (LARANJEIRA *et al*., 2007).

O abuso de bebida alcoólica pode tornar os jovens dependentes e comprometer a realização de tarefas consideradas normais do ciclo vital, como o cumprimento dos papéis sociais esperados, a aquisição de habilidades essenciais, o sentido de adequação e competência e a preparação para a transição à vida adulta (MACDADE *et al.*, 1982). O estudo apontou que os pacientes que afirmaram não ter ingerido bebida alcoólica sofreram apenas traumas leves (43,2%), em contraposição, os pacientes que sofreram traumas severos (50%) tinham o hábito de consumir bebida alcoólica 4 vezes ou mais por semana.

O presente estudo mostra predominância do sexo masculino (73%). Este predomínio do trauma em relação ao gênero foi corroborado pelo estudo realizado em Santa Catarina (80,9%) (PINSKY *et al.*, 2010). Esta alta vulnerabilidade dos homens à maioria dos traumatismos pode ser atribuída ao fato de que, na sociedade, o homem está mais exposto aos fatores de risco, engajado em atividades arriscadas, tornando-se mais vulnerável aos acidentes (PAES *et al.*, 2012).

Na Tabela 1 pode-se observar que entre os jovens prevaleceu o trauma leve. Considerando a idade, o percentual de trauma moderado foi maior entre os adolescentes de 15 a 19 anos. O maior percentual de pacientes traumatizados era do sexo masculino sobressaindo no tipo de trauma leve e severo.

Tabela 1. Distribuição de frequência segundo a faixa etária, sexo, consumo de álcool e tipo de trauma

	Trauma								
Variáveis	**Leve**		**Moderado**		**Severo**		**TOTAL**		**Valor de p**
	N	**%**	**N**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Faixa Etária (Anos)									
15-19	24	32,4	13	54,2	1	50	38	38	p(1) >
20-24	50	67,6	11	45,8	1	50	62	62	0,001*
TOTAL	**74**	**100**	**24**	**100**	**2**	**100**	**100**	**100**	
Sexo									
Masculino	58	78,4	14	58,3	1	50	73	73	$p^{(1)}$ > 0,001*
Feminino	16	21,6	10	41,7	1	50	27	27	
TOTAL	**74**	**100**	**24**	**100**	**2**	**100**	**100**	**100**	

*(p<0,05): Diferença significativa ao nível de 5,0%. Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Demonstrou-se que entre os pacientes que sofreram algum tipo de trauma 48% consomem álcool (*binge drinking*), sendo que 50% daqueles que consomem bebida alcoólica quase todos os dias sofreram trauma severo e 54% dos traumatizados levemente nunca fizeram uso de substâncias alcoólicas. Os jovens que consomem bebida alcoólica, além de apresentarem maiores chances de trauma em relação aos jovens que não consomem, também têm maior gravidade nas lesões, na utilização dos serviços de emergência e no custo do tratamento à saúde (SCHENKER & MINAYO, 2005). Assim, as consequências que o álcool traz para a família e para a sociedade são vistas como as mais prejudiciais (SINDELAR *et al.*, 2004).

O presente estudo mostra que dos pacientes atendidos que relataram consumo de bebidas contendo álcool (*binge drinking*), 35% faziam uso mensalmente e 13% semanalmente ou diariamente. Em estudo realizado em Belo Horizonte, os resultados mostrados foram semelhantes, apontando que os adolescentes relataram consumo excessivo de álcool por mês, em aproximadamente 26,2% e 9,9% para consumo semanal ou diário (ZARZAR *et al.*, 2012).

Entre os pacientes traumatizados, a maior percentagem apresentou frequência no consumo de bebida alcoólica, o que pode ser verificado na Tabela 2. Em relação ao *binge drinking*, metade da amostra que apresentou trauma severo consumiu cinco ou mais doses de bebidas alcoólicas, quase todos os dias.

Capital social é visto pela epidemiologia a partir de um conceito desafiador, pois incorpora o frequentemente negligenciado "social" com o onipotente "capital". Capital social enfatiza o fato de que formas e relações não-monetárias podem ser importantes fontes de poder e influência (PORTES, 1998).

Sua proeminência recente, na área da saúde, é simultânea ao momento em que a epidemiologia está passando por uma profunda revisão crítica de suas próprias capacidades para capturar fenômenos sociais (SCHWARTZ *et al.*, 1999). A literatura corrente também evidencia que, devido ao fato de o conceito ser entendido e avaliado de diferentes formas, muitas críticas têm sido feitas quanto ao seu uso (LYNCH *et al.*, 2000; MUNTANER *et al.*, 2000). Capital social, dessa forma, se refere à coesão social que resulta de uma comunidade participativa (KAWACHI *et al.*, 1999).

Tabela 2. Trauma em relação ao consumo de álcool e *binge drinking*.

Variáveis	Trauma								
	Leve		Moderado		Severo		Total		Valor de p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Frequência no consumo de álcool									
Nunca	32	43,2	13	54,2	1	50	46	46	
1 vez por mês	18	24,3	5	20,8	0	0	23	23	$p^{(1)} < 0,001$*
2-4 vezes por mês	18	24,3	5	20,8	0	0	23	23	
2-3 vezes por semana	5	6,8	1	4,2	0	0	6	6	
4 ou mais vezes por semana	1	1,4	0	0	1	50	2	2	
TOTAL	**74**	**100**	**24**	**100**	**2**	**100**	**100**	100	
Binge Drinking									
Nunca	40	54	11	45,9	1	50	52	52	$p^{(1)} < 0,001$*
Menos que uma vez ao mês	13	17,6	3	12,5	0	0	16	16	
Uma vez por mês	14	18,9	5	20,8	0	0	19	19	
Uma vez por semana	6	8,1	5	20,8	0	0	11	11	
Quase todos os dias	1	1,4	0		1	50	2	2	
TOTAL	74	100	24	100	2	100	100	100	

*(p<0,05): Diferença significativa ao nível de 5,0%. Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

A definição de capital social representa a soma dos recursos reais ou virtuais que indivíduos ou grupos de indivíduos adquirem devido ao fato de possuírem redes duráveis de relacionamentos sociais e conhecimento mútuos. Esta complexa definição deixa claro que capital social se refere a indivíduos ou grupos de indivíduos e seus relacionamentos. Estes relacionamentos permitem que indivíduos tenham acesso a recursos disponíveis para todos os membros de um determinado grupo, levando em consideração ainda a quantidade e qualidade dos recursos que o grupo tem acesso. Estudos relacionando capital social e saúde ainda são poucos e apontam para a necessidade de pesquisas futuras para melhor compreender o constructo do capital social, o qual ainda não apresenta um consenso na sua avaliação e mensuração (BORDIEU, 1986).

Apesar de não encontrarmos, neste estudo, associação significante do trauma com o capital social (Dimensão Redes e Grupos - Participação em Grupo), não significa que

não seja importante avaliar o estoque de capital social, apenas quer dizer que esta variável sozinha parece não ser muito eficiente na classificação dos traumas.

Algumas questões sobre o capital social foram abordadas e associadas com o trauma, apontando para uma análise da influência do meio na chance de trauma. O contexto social encontrado em relação ao grau de diferença entre as pessoas do bairro e a chance de trauma aponta para a influência dos determinantes de saúde. A desigualdade social e as iniquidades existentes induzem um desequilíbrio estrutural da sociedade gerando o aparecimento de doenças e agravos (ZÁRZAR, 2012).

Relacionando o capital social com a saúde o primeiro trabalho importante foi conduzido por Durkheim, 1970. Em 1897, o autor já argumentava que taxas aumentadas de suicídio tendiam a ocorrer nos grupos socialmente mais isolados, ou seja, em indivíduos que não criaram uma rede de contatos, não sendo desenvolvido o vínculo social com parentes ou amigos, o que agrava surgimentos de episódios depressivos. Dessa forma, vários estudos afirmam que estes indivíduos também apresentam maior risco de apresentarem outros agravos à saúde: maior risco de mortalidade, doenças cardiovasculares, doenças do trato urinário, câncer, estresse e problemas mentais, acidentes e suicídios (BERKMAN & GLASS, 2000; BERKMAN *et al*., 2000).

Na Tabela 3 se pode observar que quase todos os pacientes têm um ou mais grupos de amigos e, destes, a família foi vista como a mais importante.

Tabela 3. Trauma e o Capital Social (Grupos e Redes)

	Trauma								
Variáveis	**Leve**		**Moderado**		**Severo**		**TOTAL**		**Valor de p**
	n	**%**	**n**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	
Nº de Grupos de Amigos									
0	4	5,4	2	8,3	0	0	6	6	$p^{(1)} > 0,001$*
≥ 1	70	94,6	22	91,7	2	100	94	94	
TOTAL	74	100	24	100	2	100	100	100	
Grupo de Amigos									
Família	49	70	15	68,2	2	100	66	66	$p^{(1)} > 0,001$*
Escola	5	7,1	3	13,6	0	0	8	8	
Religioso	9	12,9	1	4,5	0	0	10	10	
Esportes	1	1,4	0	0	0	0	1	1	
Lazer	4	5,7	2	9,2	0	0	6	6	
Trabalho	2	2,9	1	4,5	0	0	3	3	
TOTAL	70	100	22	100	2	100	94	94	

* ($p<0,05$): Diferença significativa ao nível de 5,0%. Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Diante do exposto, afirma-se que capital social e saúde estão embutidos no contexto geográfico local e são influenciados por fatores demográficos, socioeconômicos, comportamentais e às habilidades de enfrentamento dos problemas de saúde. Algumas dimensões do capital social, como as normas e as redes, permitem as pessoas agirem coletivamente, o que pode exercer uma influência importante na saúde dos indivíduos (FUJISAWA *et al*., 2009). Os indivíduos que vivem em sociedades com altos níveis de capital social possuem uma expectativa de vida maior, têm menores taxas de mortalidade e são menos violentas (KAWACHI *et al*., 2004).

O conhecimento sobre capital social é uma importante ferramenta para a prevenção de resultados negativos à saúde, bem como para o desenvolvimento de estratégias positivas de enfrentamento das adversidades que se podem experimentar no contexto social. Dessa forma, a coleta de informações sistemáticas sobre esta questão é de extrema importância para o conhecimento sobre o tema e um percurso no planejamento de estratégias de promoção à saúde (OLIVEIRA-FILHO, 2013).

Embora o tamanho amostral não seja representativo de uma população e não permita generalizar os resultados, sendo necessário estudos de validação externa e interna, verifica-se que os dados de trauma associado ao consumo de álcool e capital social obtidos por esse estudo podem trazer subsídios para um conhecimento aproximado da relação existente entre estes fatores, além de incentivar futuros estudos, visto que são poucos os existentes com estas variáveis e relacionando às UPA's.

4. CONCLUSÃO

Pode-se concluir a associação do trauma com o consumo de álcool, não sendo possível correlacionar com o capital social, provavelmente decorrente ao número amostral. Porém, em termos de capital social, os jovens que relataram maior interação entre os grupos foram mais expostos ao trauma. Conclui-se que medidas subjetivas do contexto social podem ser um fator importante na ocorrência de trauma físico. Enfatizamos que propostas preventivas abrangentes quanto ao uso de álcool devem ser direcionadas para a comunidade, família e juventude, visando reduzir o risco de morbimortalidade e resgatar valores humanos e sociais.

Sugere-se outros estudos sejam realizados no intuito de analisar a associação destas variáveis, com o objetivo de fornecer dados representativos e com validade externa. Este estudo foi importante por abordar o trauma dentro da média complexidade, em especial as UPA’s, cuja temática tem poucos estudos disponíveis na literatura científica.

5. REFERÊNCIAS

ANDRADE, A.G. *et al.* Fatores de risco associados ao uso de álcool e drogas na vida, entre estudantes de medicina do Estado de São Paulo. Revista Associação Brasileira de Psiquiatria - Asociación Psiquiatrica de la America Latina, v. 19, p. 117, 1997.

BERKMAN L.F. & GLASS T.A. Social integration, social networks, social support, and health. In: Berkman LF, Kawachi I, editors. Social epidemiology. New York: Oxford University Press, 2000.

BERKMAN, L.F. *et al*. From social integration to health: Durkheim in the new millennium. Social Science & Medicine, v. 51, p. 843, 2000.

BORDIEU P. The forms of capital. In: Richardson J, editor. Handbook of theory and research for the sociology of education. New York: Greenwood Press; 1986. p. 241-58. Disponível em: http://www.socialcapitalgateway.org/content/paper/bourdieu-p-1986-forms-capital-richardson-j-handbook-theory-and-research-sociology-educ. Acesso em: 10 jul. 2020.

BORGES, C.O.M. *et al*. Social capital and self-rated health among adolescents in Brazil: an exploratory study. BMC Research Notes, v. 16, p. 338, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.020 de 13 de maio de 2009. Estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo (Unidades de Pronto Atendimento – UPA). Diário Oficial da União; 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1020_13_05_2009.html. Acesso em: 16 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.048 de 05 de novembro de 2002 - Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgências e Emergências. Diário Oficial da União; 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html. Acesso em: 15 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.922 de 2 de dezembro de 2008. Propõe a implantação/adequação de Unidades de Pronto Atendimento – UPA. Diário Oficial da União; 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt2922_02_12_2008_comp.html. Acesso em: 15 jul. 2020.

CARVALHO, T.B.O. *et al*. Seis anos de atendimento em trauma facial: análise epidemiológica de 355 casos. Brazilian Journal of Otorhinolaryngology, v. 76, p. 565, 2010.

CHIAPETTI N. & SERBENA C.A. Uso de álcool, tabaco e drogas por estudantes da área da saúde de uma universidade de Curitiba. Psicologia: Reflexão e Crítica, v. 20, p. 303, 2007.

CROSBY, R.A. *et al*. Social capital as a predictor of adolescents' sexual risk behavior: a state-level exploratory study. AIDS and Behavior, v. 7, p. 245, 2003.

DONATH, C. *et al*. Alcohol consumption and binge drinking in adolescents: comparison of different migration backgrounds and rural vs. urban residence - A representative study. BMC Public Health, v. 11, p. 84, 2011.

DURKHEIM, E. Suicide: a study in sociology. London: Routledge & Kegan Paul, 1970.

FELISBERTO, E. *et al*. Urgent and emergency care networks: a pre-evaluation of the First Aid Units (UPAs) in a metropolitan region of Brazil. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 12, p. 445, 2012.

FRANCA, C. & COLARES, V. Comparative study of health behavior among college students at the start and end of their courses. Revista de Saúde Pública, v. 42, p. 1, 2008.

FREIRE, E. Trauma: a doença dos séculos. São Paulo: Ed. Atheneu; v. 1, 2001.

FUJISAWA, Y. *et al*. Social capital and perceived health in Japan: an ecological and multilevel analysis. Social Science & Medicine, v. 69, p. 500, 2009.

GALDURÓZ J.C.F. *et al*. Uso de drogas psicotrópicas no Brasil: pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidades do país - 2001. Revista Latinoamericana de Enfermagem, v. 13, p. 888, 2005.

HECKMANN, W. & SILVEIRA, C.M. Dependência do álcool: aspectos clínicos e diagnósticos. In: Andrade A.G. *et al*. Álcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual. Barueri (SP): Minha Editora; 2009.

KAWACHI, I. *et al*. Commentary: reconciling the three accounts of social capital. International Journal of Epidemiology, v. 33, p. 682, 2004.

KAWACHI, I. *et al*. Social capital and self-rated health: a contextual analysis. American Journal of Public Health, v. 89, p. 1187, 1999.

KUNTSCHE, E. *et al*. Characteristics of binge drinkers in Europe. Social Science & Medicine, v. 59, p. 113, 2004.

LARANJEIRA, R. *et al*. I Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_padroes_consumo_alcool.pdf. Acesso em: 17 jul. 2020.

LYNCH J. W. *et al*. Social capital: is it a good investment strategy for public health? Journal of Epidemiology and Community Health, v. 54, p. 504, 2000.

MACDADE, A.M. *et al.* The etiology of maxillofacial injuries, with especial reference to the abuse of alcohol. International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, v. 11, p. 152, 1982.

MACHADO, K. Novidade no SUS – Unidade de Pronto atendimento –UPA. Radis Comunicação e Saúde, v. 83, p. 12, 2009.

MARQUES, A.C.P.R. & RIBEIRO, M. Abuso e dependência do álcool. Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento. Projeto Diretrizes. São Bernardo do Campo, SP: Associação Brasileira de Psiquiatria; 2002. Disponível em: https://psiquiatriabh.com.br/wp/wp-content/uploads/2015/01/Projeto-Diretrizes-Usuarios-de-substancias-psicoativas.pdf. Acesso em: 18 set. 2020.

MARQUES, J.M. *et al*. Is the full version of the AUDIT really necessary? Study of the validy and internal construct of its abbreviated versions. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, v. 34, p. 1417, 2010.

MELLO JORGE, M.H.P. & LAURENT, R. Acidentes e violência no Brasil - Análise dos dados de mortalidade. Revista de Saúde Pública, v. 31, p. 1, 1997.

MELONI, J.N. & LARANJEIRA, R. Custo social e de saúde do consumo de álcool. Brazilian Journal of Psychiatry, v. 26, p. 7, 2004.

MOCK, C.N. *et al*. Trauma mortality patterns in three nations at different economic levels: implications for global trauma system development. Journal of Trauma and Injury, v. 44, p. 804, 1998.

MUNTANER C. *et al*. Social capital and the third way in public health. Critical Public Health, v. 10, p. 107, 2000.

OLIVEIRA-FILHO, P.M. *et al*. Association between dental trauma and alcohol use among adolescents. Dental Traumatology, v. 29, p. 372, 2013.

PAES, J.V. *et al.* Retrospective study of prevalence of face fractures in southern Brazil. Indian Journal of Dental Research, v. 23, p. 80, 2012.

PETERSEN, P.E. & NORTOV, B. General and dental health in relation to life-style and social network activity among 67-year-old Danes. Scandinavian Journal of Primary Health Care, v. 7, p. 225, 1989.

PINSKY, I. *et al*. Patterns of alcohol use among Brazilian adolescents. Brazilian Journal of Psychiatry, v. 32, p. 242, 2010.

PORTES A. Social capital: its origins and applications in modern sociology. Annual Review of Sociology, v. 24, p. 1, 1998.

RICKARDSSON, B. & HANSON, B.S. Social network and regular dental care utilization in elderly in Sweden: results from the population study "Men born in 1914," Malmö, Sweden. Swedish Dental Journal, v. 13, p. 151, 1989.

SANCHEZ, Z.M. *et al*. Social factors associated to binge drinking: a cross-sectional survey among Brazilian students in private high schools. BMC Public Health, v. 11, p. 201, 2011.

SANTOS, J.S. *et al*. Avaliação do modelo de organização da Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, adotando como referência as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização. Arquivos, v. 36, p. 498, 2003.

SCHENKER, M. & MINAYO, M.C.S. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. Ciência & Saúde Coletiva, v. 10, p. 707, 2005.

SCHWARTZ S. *et al*. A future for epidemiology? Annual Review of Public Health, v. 20, p. 15, 1999.

SCIVOLETTO S. *et al.* Relação entre consumo de drogas e comportamento sexual de estudantes de segundo-grau de São Paulo. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 21, p. 87, 1999.

SILVEIRA, C.M. *et al*. Epidemiologia do beber pesado e beber pesado episódico no Brasil: uma revisão sistemática da literatura. Revista de Psiquiatria Clínica, v. 35, p. 31, 2008.

SINDELAR, H.A. *et al*. Adolescent alcohol use and injury: a summary and critical review of the literature. Minerva Pediatrica, v. 56, p. 291, 2004.

ZARZAR, P.M. *et al*. Association between binge drinking, type of friends and gender: A cross-sectional study among Brazilian adolescents. BMC Public Health, v. 12, p. 257, 2012.

CAPÍTULO 26

CYBERBULLYING E OS RISCOS RELACIONADOS NA PERCEPÇÃO DE ADOLESCENTES

Cláudia MS de Carvalho[1], Pâmela Q Coêlho[2], Maria das GM Lopes[2], Karoline G Nunes[2], Márcia A Fernandes[3], Joyce S e Silva[4], Juliana M Magalhães[1]

[1] Docente do Curso de Graduação em Enfermagem, Centro Universitário UNINOVAFAPI. Teresina/PI, Brasil.
[2] Enfermeira graduada pelo Centro Universitário UNINOVAFAPI. Teresina/PI, Brasil.
[3] Docente do Curso de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí. Teresina/PI.
[4] Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí, Teresina/PI.

Palavras-chave: *Adolescentes; Bullying; Internet.*

1. INTRODUÇÃO

O fenômeno *bullying* sempre existiu nas diversas culturas e sociedades, porém vem ganhando uma maior repercussão e despertando grande preocupação entre pais, educadores e profissionais da saúde. O *bullying* é caracterizado como uma forma de agressão que pode ser praticada de várias maneiras, verbal ou física, repetidas vezes e sem um motivo palpável que justifique tal ato. O que antes era considerado brincadeira de crianças tem tomado dimensões graves, acarretando diversos problemas às vítimas dos *bullies*, nome dado ao agressor que age de forma intencional e que, muitas vezes, escolhe vítimas frágeis sem o menor poder de defesa (ALBINO & TERÊNCIO, 2012; ZEQUINÃO *et al*., 2016).

Os adolescentes estão mais propensos a desenvolver essa prática do bullying por ser a fase em que, para eles, não há limites, por ser um momento de várias descobertas, um período de vulnerabilidade física, psicológica e social, composta por complexas

transformações no desenvolvimento humano. As alterações físicas, cerebrais, endócrinas, emocionais, sociais e sexuais ocorrem de forma conjugada, resultando em sentimentos e comportamentos não antes demonstrados pelo adolescente à família, amigos e profissionais que convivem com o mesmo (DAVIM *et al.*, 2009; BRANDÃO & MATIAZI, 2017).

Ademais, a adolescência consiste em uma fase do desenvolvimento humano na qual o indivíduo torna-se mais vulnerável aos conflitos psicossociais e isso exige da família, dos profissionais de saúde e da educação um olhar diferenciado para esse adolescente, ajudando-o a lidar com situações e dificuldades que, futuramente, poderão causar danos e agravos à saúde (BRANDÃO & MATIAZI, 2017; MENDONÇA *et al.*, 2014).

Além disso, é de suma importância citar alguns rivais que confrontam com os pais e educadores em meio a situações voltadas a educação desses jovens. A cultura televisiva, a mídia, a internet, as redes sociais, a moda, as drogas, o consumismo dentre outros, são pontos que estão diretamente ligados às atitudes e ao comportamento dos adolescentes nos dias de hoje, e que muitas vezes são motivos para a prática do bullying (SILVA, 2015).

Dentre esses fatores destacam-se os conflitos ou mesmo agressões vivenciadas nos espaços virtuais de relacionamentos, que têm tomado proporções cada vez maiores e acarretando danos em proporções também crescentes na vida das pessoas. Sobre a internet e as possibilidades de interação que ela oferece, apesar de promover tantos benefícios à sociedade de um modo geral, tendo seus aspectos positivos, quando usada de maneira incorreta, pode resultar em graves consequências. Dessa forma, entende-se como maneira incorreta ou mau uso da internet quando o próprio usuário ou outrem utiliza conteúdos de forma que possa denigrir ou agredir, causando vergonha, sofrimento ou até mesmo distúrbios psicológicos (WENDT & LISBOA, 2014; SEIXAS *et al.*, 2016; SILVA *et al.*, 2013).

Com isso, quando a prática de violência é desenvolvida por meio dos recursos eletrônicos de interação e comunicação recebe o nome de *cyberbullying*, entendido como tipo específico de *bullying*, provocado por instrumentos tecnológicos, principalmente pelos telefones móveis e internet (WENDT & LISBOA, 2014).

Assim, diante desta problemática que representa um tema ainda pouco explorado nos espaços científicos, o objetivo desse estudo é descrever a percepção de adolescentes acerca dos riscos relacionados ao *bullying* na internet.

2. MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa com delineamento do tipo exploratória e descritiva por meio da aplicação de um roteiro de entrevista semiestruturada e questionário sociodemográfico. A pesquisa foi realizada em uma instituição de ensino Pública Estadual na cidade de Teresina – PI.

A população foi de 430 alunos, distribuídos no 1º, 2º e 3º ano do ensino médio. A princípio, estimava-se um número de 30 participantes para a realização desta pesquisa. Porém, no momento inicial da coleta de dados, quando as pesquisadoras se dirigiram à instituição selecionada, apenas 21 alunos encontravam-se em sala de aula. Sendo assim, a abordagem para proceder ao convite de participação na pesquisa foi feita aos alunos que foram encontrados na instituição. Contudo, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, definiram-se 15 participantes no estudo.

Contudo, por se tratar de um estudo de natureza qualitativa, a definição do número de participantes deu-se também a partir do momento em que foi alcançado o "ponto de redundância". Este ponto é alcançado quando o entrevistador observa que as informações já obtidas são suficientes e que o surgimento de novos dados se torna escasso, não mais justificando a inclusão de novos participantes (ALVES-MAZZOTTI & GEWANDSZNAJDER, 2004).

Todavia, os participantes do estudo foram alunos do 1º ano do ensino médio, de faixa etária compreendida entre 13 e 15 anos de idade. Dessa forma, foram considerados critérios de inclusão no estudo: alunos da referida instituição, de ambos os sexos, de faixa etária compreendida entre 13 a 15 anos de idade, regularmente matriculados no turno tarde, cursando o 1º ano do ensino médio e que aceitaram participar do estudo, tendo para isso o consentimento dos pais ou responsável legal.

Quanto aos critérios de exclusão foram: alunos da instituição escolhida para a pesquisa que embora sejam caracterizados como adolescentes, mas que não atenderam à

faixa etária e ao nível de escolaridade estabelecidos para a inclusão da pesquisa; além daqueles que mesmo atendendo aos critérios de idade e nível de escolaridade, estão regularmente matriculados em turno diferente do turno tarde; bem como os que não aceitaram ou não apresentaram autorização dos pais ou responsável devidamente assinada.

Com o propósito de assegurar maior confiabilidade à pesquisa, foi adotado neste estudo o método da triangulação na coleta dos dados. Sendo assim, a coleta de dados deste estudo foi desenvolvida por meio dos seguintes métodos: observação participante, grupo focal e entrevista semiestruturada. As etapas da coleta de dados respeitaram a disponibilidade dos participantes e dos professores da instituição escolar. Para isso, foi previamente agendada. Vale destacar que as técnicas de coletas de dados foram desenvolvidas com o total de participantes da pesquisa descrito anteriormente.

A análise de dados foi realizada por meio da técnica de análise de conteúdo. Desse modo, a análise de conteúdo seguiu uma sequência de etapas. A primeira etapa consistiu na pré-análise. Na segunda etapa foi feita a análise do material, compreendida como uma fase longa e cansativa, pois foi realizada a codificação, categorização e quantificação dos dados. E por fim, na terceira etapa, foi realizado o tratamento dos resultados, que consistiu nas interpretações pelo pesquisador, baseadas nas características do problema da pesquisa, na formulação dos objetivos e na escolha dos documentos.

Para adequar-se às normas regulamentadoras das pesquisas envolvendo seres humanos, foi respeitada a resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. A coleta de dados foi iniciada após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário – UNINOVAFAPI, sob o CAAE nº 53581516.8.0000.5210.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos participantes selecionados, somente quatro revelaram desenvolver prática esportiva. Entre as modalidades de esportes reveladas pelos participantes destacam-se: futebol e handbol. A escola oferece práticas pedagógicas e também realiza atividades esportivas como futebol, handbol e voleibol. O esporte constitui atividade de integração

e socialização do adolescente. Por meio do esporte, a possibilidade do adolescente se envolver em situações relacionadas ao *bullying* ou *cyberbullying* é reduzida, diminuindo os possíveis riscos decorrentes do uso em excesso das redes sociais atraves da internet.

Em relação ao uso das redes sociais, os 15 adolescentes participantes declararam utilizar os recursos do Facebook e WhatsApp, nove utilizam Instagram, cinco utilizam Twitter e dois relataram uso de outras redes sociais. O uso das redes sociais amplia a possibilidade de relacionamentos virtuais entre as pessoas e, em se tratando do adolescentes, aumenta o nível de exposição e contatos de riscos. Por isso, é importante investigar a frequência e a maneira racional ou não, com que os participantes utilizam a internet visando um possível comportamento tendencioso a desenvolver práticas de *cyberbullying*. Além disso, é válido conhecer os sites visitados pelos participantes, as redes sociais e a forma que eles utilizam essas ferramentas de interação virtual, pois reflete diretamente na possibilidade de exposição aos riscos relacionados ao *cyberbullying*.

Na sequência, a partir da descrição de traços do perfil dos participantes, o estudo se propõe a analisar e discutir as contribuições levantadas na pesquisa por meio das técnicas de coletas de dados aplicadas e, para isso, os depoimentos dos entrevistados foram tratados e agrupados em categorias temáticas que serão apresentadas nos itens seguintes neste capítulo.

Considerando o perfil do grupo pesquisado, e por se tratar de participantes cujo envolvimento e participação na coleta de dados podem ser influenciados por fatores subjetivos associados, como por exemplo ao interesse pelo tema, grau de desenvoltura para falar sobre questões que lhes são solicitadas e a capacidade de adaptação em dinâmicas de grupo, os pesquisadores conduziram o levantamento dos dados por meio de diferentes técnicas a fim de evitar vieses, permitindo maior confiabilidade dos conteúdos analisados.

Deste modo, ao investigar sobre o entendimento que os adolescentes guardavam sobre *bullying* e *cyberbullying*, observou-se profundo grau de similaridade dos conteúdos, quando analisados os dados levantados pelas diferentes técnicas utilizadas na coleta de dados e, por isso, os conteúdos produzidos pelos participantes foram discutidos neste capítulo. Assim, de acordo com o relato de adolescentes, *bullying* é:

> [...] uma forma de uma pessoa ou um grupo de pessoas humilharem, diminuir ou até agredir alguém por suas particularidades físicas ou não. Geralmente as pessoas que praticam o *bullying* fazem isso, apenas para prazer ou para se divertir. (Austrália)

> [...] *bullying* é um tipo de agressão que a pessoa passa a partir do momento que outra pessoa começa a fazer piadas de mau gosto, começa a colocar apelidos no qual se sente ofendida. (Japão)

O *bullying* é uma forma de agressão que pode ser praticada de forma verbal ou física, que intimidam e constrangem através de xingamentos, sem motivo palpável que justifique tal ato, com intuito de promover constrangimento à vítima das agressões (ALBINO & TERÊNCIO, 2012; QUADRADO *et al.*, 2018). Acerca disso, adolescentes comentam que:

> Eu entendo que é quando várias pessoas discriminam outra pessoa, por sua cor, sua forma física, etc. Eu, também, acho que existem outros tipos de *bullying* como discriminação, preconceito e etc. (Chile)

> O *bullying* se caracteriza por agressões intencionais, verbais ou físicas, feitas de maneira repetitiva por um ou mais alunos contra alguma pessoa. *Bullying* significa, também, intimidar, perseguir, incomodar causando dano e medo de maneira frequente, causando sérios riscos à pessoa. (Portugal)

As vítimas das agressões são, na grande maioria, as pessoas mais indefesas, retraídas socialmente e com características físicas ou psicológicas que as tornam expostas e vulneráveis às diferentes expressões do *bullying* (SEIXAS *et al.*, 2016; QUADRADO *et al.*, 2018), conforme destaca a adolescente Índia: "*Bullying* é um tipo de "brincadeira" no qual as pessoas te criticam pelo que você é. Exemplo: se é gorda falam de você, se é magra também falam, se você é alto ou baixo, não interessa, por que eles ofendem do mesmo jeito."

Atualmente, as manifestações de preconceito e discriminação, embora fortemente combatidas através de campanhas de conscientização e de políticas públicas, ainda fazem parte do cotidiano e das atitudes de pessoas que se destacam pela dificuldade de aceitação das diferenças e adotam práticas de violência como forma expressar seus sentimentos negativos (WOLKE & LEREYA, 2015).

Paralelo ao *bullying* encontra-se o *cyberbullying*, fenômeno que corresponde a um tipo de *bullying* desenvolvido por meio da internet acessada em aparelhos eletrônicos como tablet, telefone móvel, computadores, os quais permitem rápida veiculação em redes sociais virtuais, tais como Facebook, Instagram e WhatsApp. Ainda segundo o

autor, o *cyberbullying* possui uma característica agravante em relação ao *bullying* que é o fato da grande proporção mundial que o fenômeno alcança e do impacto psicológico e social que representa na vida da pessoa agredida (PIGOZI & MACHADO, 2015). Sobre isso, adolescentes entrevistados relataram que:

> *Cyberbullying* é um tipo de *bullying* que acontece na internet ou em redes sociais, tipo: colocam fotos e colocam legendas de mau gosto, etc. (Japão)
>
> É um tipo de *bullying* praticado nas redes sociais como no facebook, whatsApp, onde a pessoa posta algumas fotos sensuais aí vai outra pessoa comenta com algum comentário agressivo e se espalha para todo o mundo. (Portugal)

A tecnologia tem proporcionado inúmeros benefícios à humanidade, contudo quando utilizada indevidamente, como nos casos de *bullying* praticados na internet, tem contribuído com o preocupante aumento do número de casos de *cyberbullying*, não somente pela velocidade de propagação dos conteúdos que a tecnologia oferece, mas, também, por permitir que esta divulgação ocorra de forma anônima, facilitando a ação dos agressores (WENDT & LISBOA, 2013). Assim, corroborando com o pensamento de adolescentes participantes deste estudo, a internet disponibiliza informações rápidas e acessíveis mundialmente, a qualquer hora e lugar. Neste sentido, sobre esta facilidade de veiculação de conteúdos e informações por meio da internet, os depoimentos a seguir destacam acerca do c*yberbullying* que é:

> [...] outra forma até mais cruel do que apenas do *bullying*, pois fica até mais público, para quem quiser ver, por que muitos vão poder ter acesso. Geralmente eles usam fotos das pessoas até mesmo em ocasiões nada agradáveis para poder se divertir à custa dos outros. (Austrália)
>
> [...] um tipo de *bullying* mais grave, pois você se expõe praticamente para o mundo. Não que você queira fazer isso, mas quando isso acontece você vira motivo de chacota até fora da internet, pois seus "colegas" veem e começam a te zoar. (Índia)

Apesar destas "modernas modalidades" de volência terem alcançado maior visibilidade recentemente, e considerando o contexto atual da dinâmica de vida das pessoas na qual os padrões e regras sociais são impostos de maneira incisiva e que, ao mesmo tempo, as diferenças são vividas de forma preconceituosa e discriminante, os fenômenos abordados nesta pesquisa têm tomado tamanha dimensão e gerado graves consequências na vida das pessoas (WOLKE & LEREYA, 2015; TREVISO &

CAMPOS, 2016). Tais consequências serão apresentados na categoria a seguir, discutindo a percepção dos jovens adolescentes sobre os riscos do *bullying* na internet.

Com o avanço da tecnologia, o *bullying* no mundo virtual (*cyberbullying*), ganhou maior dimensão em relação ao *bullying* no mundo real, devido ao grande alcance dos conteúdos ofensivos que a internet promove. Além disso, o *bullying* na internet tem a opção de não identificar o agressor, o que potencializa e facilita a ação do mesmo, e torna, muitas das vezes, a disseminação do conteúdo irreversível, levando a vítima à situações angústia, medo e desconforto muito grande que, muitas das vezes, despertam a vontade de cessar a própria vida para fugir do sofrimento que está vivendo (TREVISO & CAMPOS, 2016).

> Ela pode ter vários problemas de saúde como depressão [...] a ofensa é táo grande, que a pessoa pode cometer suicídio. (Canadá).

Acerca dos danos advindos do *cyberbullying*, observou-se significativa compatibilidade nos resultados encontrados nas falas dos participantes deste estudo. Os mesmos relatam entre os riscos decorrentes do *bullying* praticado por meio da internet o isolamento social, baixo rendimento escolar, distúrbios alimentares, dentre outros (MALTA *et al.*, 2019).

> [...] depressão, a pessoa fica isolada, não quer sair para as ruas por que foi xingado, pode tentar se suicidar, fica deprimido, pode causar muitas consequências. (Grécia)
> [...] as consequências são as pessoas se isolarem [...] ou até mesmo praticar bulimia, que é aquela pessoa que come para se saciar e quando termina pratica o vômito, e quando se olha no espelho se olha gordo ou magro demais, até mesmo pela questão de sofrer o *bullying*, e sofrer ofensas. (México).

Essas agressões acabam refletindo no comportamento social destes jovens, alterando a maneira de se comunicar, de se expressar e atingindo, consideravelmente, a autoestima destes. A fobia social, também chamada timidez patológica, é muito comum entre vítimas de *bullying*, onde o indivíduo se isola da sociedade e perde o prazer pelas coisas e atividades antes prazerosas. Isso se torna um agravante, pois o adolescente inicia um processo de ansiedade excessiva, temendo ser julgado negativamente pelas pessoas ao seu redor, resultando em um progressivo isolamento social, característica que pôde ser observada na percepção dos adolescentes participantes relatada pelos mesmos (SILVA *et al.*, 2013).

> Há muitos riscos [...] a pessoa fica isolada, não tem vontade de continuar vivendo a vida como vivia antes do *bullying.* (Espanha)

Outra séria consequência acarretada pelo *bullying* em geral e acentuada pela violência praticada nas redes sociais implica nos distúrbios alimentares. Estes vêm sendo considerados fator marcante tratando-se dos riscos provenientes do *bullying* na internet, devido ao grande poder de influência que a mídia vem causando na vida das pessoas, designando um padrão estético a ser seguido, e assim, quem não se enquadra no mesmo, acaba sofrendo com essa agressão (SILVA, 2015; PIGOZI & MACHADO, 2015).

Além disso, outras consequências que obtiveram maior frequência nas falas dos participantes foram: a depressão e o suicídio. Estes são riscos desencadeados pelo *bullying* na internet, como as consequências mais graves que envolvem este fenômeno (MALTA *et al.*, 2019).

> Pode causar depressão, a pessoa pode se isolar do mundo e ao ponto de não ir mais à escola, de não falar com ninguém, tirar notas baixas, se suicidar e outras coisas. (Estados Unidos)

> [...] os riscos são vários, pois muitas vezes a pessoa que sofre esse tipo de agressão tenta até tentar acabar com a própria vida. Além de trazer também problemas de saúde que não ocorre só no *cyberbullying*, mas também no *bullying.* (Japão)
> [...] pode levar a depressão, causa dor, angústia, pode levar a consequências mais graves, como a pessoa querer se matar, ou chegar a se matar por causa da gravidade, por conta dos comentários que essa pessoa está ouvindo. (Portugal).

A depressão representa um importante problema de saúde pública, e por ser uma doença que acarreta elevado grau de incapacidade funcional, desequilibra o estado de humor da pessoa provocando tristeza, desanimo e desesperança. A falta de vontade de frequentar a escola e os ambientes os quais mantem seus grupos de interação, prejudicando seus momentos de vivência. Além disso, o autor revela, como resultado de estudos, que a depressão vem sendo considerada a causa mais frequente de incapacitação entre jovens (SILVA, 2015; WOLKE & LEREYA, 2015).

Sobre o suicídio envolvendo adolescentes, isso tem sido uma agravante e frequente ocorrência, nos dias de hoje, relacionada ao *bullying* na internet. Tal consequência tem sido relacionada ao baixo poder de superação que os adolescentes têm para lidar com este tipo de exposição agressiva e de título mundial, que poderá marcá-los profundamente. Assim, observa-se o desejo de aliviar tal sofrimento através do suicídio,

o que é bastante preocupante quando se trata de indivíduos que ainda não possuem um preparo emocional diante das dificuldades que encontrarão ao decorrer de sua vida (SEIXAS *et al.*, 2016).

> [...] pode causar depressão e suicídio. Essa pessoa se afasta da vida, a pessoa não vai para a escola mais, se afasta das pessoas que gosta por causa dessas coisas. (Brasil)

Além de ser uma fase do desenvolvimento caracterizada pela imaturidade emocional, a adolescência é uma fase de descobertas e transformações, na qual o adolescente está sempre em busca da própria identidade e, com isso, acabam agindo de maneira inconsequente e aventureira. Por essa razão, o adolescente costuma adotar comportamentos e atitudes de reafirmação na tentativa de se manter inserido em grupos e/ou relacionamentos (WOLKE & LEREYA, 2015).

Isso explica as imaturas demonstrações de sentimentos, observadas nos primeiros envolvimentos amorosos, quando o adolescente sente a necessidade de provar a confiança depositada no parceiro através da exposição do seu lado mais íntimo sem pensar nas dimensões que isso poderá alcançar. Tal atitude tem sido verificada comumente entre adolescentes, e isso representa um agravante quando associado à internet e suas facilidades de veiculação (MENESINI & SALMIVALLI, 2017), conforme fato revelado por alguns entrevistados:

> Eu conheço o caso de uma amiga que ela namorava um menino e esse menino pediu uma foto dela e ela acabou mandando foto pelada e essa foto acabou rondando o bairro todo e todos ficaram sabendo, inclusive a família dela e ela acabou sofrendo muito, passou muito tempo sofrendo com isso, teve que se mudar para a casa da mãe e tal, ela sofreu muito por causa disso ao ponto de desistir de tudo. (México)

> [...] muitas vezes por confiar demais no namorado e manda a foto do jeito que veio ao mundo [...] e se chegar ao ponto deles terminarem o namoro e se o namorado não aceitar o fim, para chantagear ela ou algo do tipo, ele acaba enviando a foto dela nua para todos os grupos do whatsapp. (Inglaterra)

Diante dos riscos que o *bullying* e *cyberbullying* oferecem aos adolescentes, apresentados nesta categoria, será dada sequência às discussões, relatando possíveis saídas e resoluções cabíveis para a minimização e, talvez, pensando positivamente, para a exterminação destes fenômenos, que têm mudado drasticamente a vida da sociedade de um modo geral (MALTA *et al.*, 2019).

Os autores do *cyberbullying* possuem um perfil característico, descrito, frequentemente, como pessoas inseridas em uma família desestruturada, sem o mínimo de relações afetivas e que não experimentam imposição de limites, além de, comumente, possuem pais ou responsáveis permissíveis em excesso e deficientes no acompanhamento dos filhos (ou até mesmo ausentes deste processo), o que está cada vez mais presente nas famílias atuais (MALTA *et al.*, 2019). Alguns pais defendem-se, usando como principal motivo a falta de tempo devido a árdua rotina de trabalho.

Tratando-se de um fenômeno que tem como ponto de partida *o bullying*, nota-se uma grande incidência de vítimas de casos do *cyberbullying* no ambiente escolar. Contudo, não se limita apenas a este ambiente, uma vez que a vítima pode ser alcançada facilmente através das redes sociais. Mas vale destacar que é no ambiente escolar que o adolescente permanece durante a maior parte do tempo, vivenciando experiências próprias ou de seu grupo de amigos e que tal fato envolve a escola, profissionais de educação e a família nesta realidade que tem se tornado cada vez mais preocupante (MALTA *et al.*, 2019; MENESINI & SALMIVALLI, 2017). Como prova disso, adolescentes envolvidos no estudo revelam suas experiências negativas acerca das agressões por *bullying.*

> Eu já sofri *bullying* na escola [...] quem sabe sobre isso foi só minha mãe, que foi na escola, falar sobre isso com os meninos que tiraram molecagem comigo. (Brasil)

A situação em que se encontra mundo a fora, onde as pessoas vivem uma realidade cruel, preconceituosa e violenta, com significativa discriminação social e dificuldade de acesso aos recursos de lazer, alimentação saudável entre outros recursos de promoção de qualidade de vida e bem-estar, reflete diretamente no comportamento dos adolescentes de hoje, tornando-os vulneráveis a adoção de práticas distorcidas de relacionamentos, resultando, em muitos casos, na formação de um cidadão violento e perverso. Para mudar esta realidade deve haver um modo de produzir mudanças que envolvam todos os segmentos sociais, desde a família até os espaços públicos e privados (PIGOZI & MACHADO, 2015; MALTA *et al.*, 2019).

De fato, o respeito às diferenças deve ser uma conduta que deve ser estimulada e respeitada em todos os espaços sociais. Deve ser um tema que permeia todos os níveis do

ensino e de formação dos indivíduos e que deve ser garantido por direito a todo cidadão, independente de qualquer critério ou condição (SEIXAS *et al.*, 2016).

Associando estes fatos, fica evidente a importância da ação conjunta entre família, sociedade e educadores com o intuito de melhorar a formação psicológica e sócio-educacional dos adolescentes, proporcionando mudança de postura e de mentalidade entre estes seres em formação através do estímulo a uma cultura de paz, respeito e solidariedade entre as pessoas (ALVES-MAZZOTTI & GEWANDSZNAJDER, 2004). Esse conjunto de medidas deve acontecer simultaneamente nos espaços de pertencimento do adolescente, na tentativa de evitar danos representativos, na vida de um ser em pleno processo de construção, conforme descreveu a adolescente Inglaterra:

> Eu acho que pode chegar a consequências da pessoa entrar em depressão, não querer mais estudar, não querer mais ter uma vida normal como tinha antes [...] a pessoa pensa [...] se eu for pra escola, vão continuar me zoando e vão me machucar de alguma forma, eu prefiro ficar em casa, me isolar, tentar esquecer o mundo [...]

A interação entre familiares e educadores é bastante significante, utilizando-se de estratégias que visam reduzir os casos de *cyberbullying*, através da implementação de atividades que estimulem a conscientização tanto da vítima, promovendo uma estrutura de apoio e segurança para que a mesma possa sentir-se protegida, como também a conscientização do agressor, esclarecendo a postura incorreta e impactante que o mesmo vem mantendo para com seus colegas, deixando claro que diferenças existem e devem ser respeitadas (MENESINI & SALMIVALLI, 2017). Para que isso ocorra de forma satisfatória, os pais precisam impor limites e regras claras, dando exemplo e servindo como ponto de referência no processo educacional de seus filhos.

O diálogo entre família, escola e adolescentes é essencial na prevenção do *bullying* na internet. Na maioria das vezes, os pais não sabem identificar a diferença entre uma brincadeira de mau gosto de *bullying*. É de suma importância a atenção dos pais para as formas de utilização que seus filhos costumam fazer, de aparelhos eletrônicos com acesso a internet, bem como as horas diárias e as redes sociais virtuais que os mesmos frequentam, pois os pais preferem colocar seus filhos sempre como a vítima, ofuscando, muitas das vezes, a origem do problema e, talvez, o verdadeiro agressor (QUADRADO *et al.*, 2018; LEMOS *et al.*, 2018).

Além disso, ao surgir qualquer manifestação dos filhos, que se diferenciam dos comportamentos comuns esperados de um adolescente, a omissão dos pais perante este quadro deve ser descartada, partindo do ponto em que a procura precoce de ajuda especializada poderá evitar consequências mais drásticas, reduzindo possíveis traumas durante a vida adulta (LEMOS *et al.*, 2018).

Além das medidas de prevenção, pode-se acrescentar a ação do governo como reforço, através de ações sociais em localidades específicas ou divulgações na mídia, voltadas para a utilização da forma correta e benéfica da internet e seus recursos, exaltando as possíveis consequências que poderão surgir caso a mesma seja utilizada para outros fins.

Acerca disto, pode ser citada a Lei nº 13.185, de 6 de novembro de 2015, que tem como objetivo prevenir e combater a intimidação sistemática (*bullying*) em toda sociedade brasileira. A lei é composta também, de medidas de capacitação de docentes e equipes pedagógicas no processo de educação e cidadania (LEMOS *et al.*, 2018).

Em suma, é importante ressaltar que os agressores também são considerados vítimas e precisam receber cuidados específicos. Os autores das provocações, geralmente desejam que a vítima sinta na pele o que ele sentiu em algum momento de sua vida. Logo agredir os agressores não seria a melhor maneira de evitar que mais jovens passem por situações como essas, partindo do ponto em que os adolescentes não precisam passar por constrangimentos e humilhações para aprender que tudo tem limite e, para isso, os pais precisam impor limitações a seus filhos de forma firme e precisa, porem afetuosa, a base de muito diálogo e respeito.

4. CONCLUSÃO

Os fundamentos descobertos nos estudos certificam que o *cyberbullying* está presente nas vidas desses jovens, sejam eles as vítimas, os autores ou até mesmo espectadores da aflição passada pela vítima. Quanto aos objetivos deste estudo, pode-se observar que adolescentes percebem o *cyberbullying* como prática de violência que representam grave ameaça à saúde e bem-estar das pessoas e, nesse estudo, em particular aos adolescentes. Conforme revelado pelos adolescentes participantes do estudo, o

cyberbullying representa fator de risco para o desenvolvimento de problemas de natureza variada, tais como isolamento social, afastamento da escola com prejuízo no rendimento escolar, transtornos alimentares (bulimia e anorexia), depressão e sofrimento psíquico, podendo levar a vítima ao suicídio.

Por isso, é necessário construir áreas que protejam a formação ética e a prática do respeito para os alunos, e são necessárias as atuações entre a família e os educadores, onde é considerado o principal recurso para a prevenção deste fenômeno. Não adianta punir, castigar, julgar ou denunciar a órgãos rígidos, o que é necessário é dar exemplo de cidadania. Nesse aspecto a escola tem grande importância, pois sabe-se que esse tipo de violência se inicia em ambientes onde a convivência é aumentada. Por certo, essa forma de violência presencial/virtual atravessa as barreiras da escola e vai além dos limites territoriais, tornando este trabalho importante para a prevenção contra um mal pouco conhecido, mas que possui grandes proporções, tanto à saúde física como a saúde mental.

5. REFERÊNCIAS

ALBINO, P.L.; & TERÊNCIO, M.G. Considerações críticas sobre o fenômeno do bullying: do conceito ao combate e à prevenção. Revista Eletrônica CEAF, v. 1, p. 1, 2012.

ALVES-MAZZOTTI, A.J. & GEWANDSZNAJDER, F. O Método nas Ciências Naturais e Sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa. 2ª Ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

BRANDÃO, E.C. & MATIAZI, L.D. Bullying: violência socioeducacional-desafio permanente. Pedagogia em Ação, v. 9, p. 17, 2017.

DAVIM, R.M.B. *et al*. Adolescente/Adolescência: revisão teórica sobre uma fase crítica da vida. Revista Rene, v. 10, p. 131, 2009.

LEMOS, A. *et al*. A lei do bullying: instruindo jovens e adolescentes no combate ao bullying nas escolas. Anais do seminário científico do UNIFACIG, v. 1, p. 1, 2018.

MALTA, D.C. *et al*. Prevalência de bullying e fatores associados em escolares brasileiros in 2015. Ciências & Saúde Coletiva, v. 24, p. 1359, 2019.

MENDONÇA, V.G. *et al*. Educação em saúde: estratégia de enfrentamento e prevenção da violência com adolescentes de uma comunidade escolar. Revista Enfermagem UFPI, v. 3, p. 121, 2014.

MENESINI, E. & SALMIVALLI, C. Bullying in schools: the state of knowledge and effective interventions. Psychology, Health & Medicine, v. 22, p. 240, 2017.

PIGOZI, P.L. & MACHADO, A.L. Bullying na adolescência: visão panorâmica no Brasil. Ciências & saúde coletiva, v. 20, p. 3509, 2015.

QUADRADO, J.C. *et al*. Bullying no ambiente escolar: relações de gênero em pauta. Revista Ciências Humanas Sociais, v. 4, p. 1, 2018.

SEIXAS, S.R. *et al*. Bullying e cyberbullying em idade escolar. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, v. 7, p. 205, 2016.

SILVA, L.S. *et al*. A internet como ferramenta tecnológica e as consequências de seu uso: aspectos positivos e negativos. Semana Acadêmica Revista Científica, v. 1, p. 1, 2013.

SILVA, A.B.B. Bullying: mentes perigosas nas escolas. 2 ed., São Paulo: Globo; 2015.

TREVISO, T.C. & CAMPOS, C.A. Bullying: verificando a compreensão dos professores sobre o fenômeno no ambiente escolar. Psicologia Escolar Educacional, v. 20, p. 275, 2016.

WENDT, G.W. & LISBOA, C.S.M. Agressão entre pares no espaço virtual: definições, impactos e desafios do cyberbullying. Psicologia Clínica, v. 25, p. 73, 2013.

WENDT, G.W. & LISBOA, C.S.M. Compreendendo o Fenômeno do Cyberbullying. Temas em Psicologia, v. 22, p. 39, 2014.

WOLKE, D. & LEREYA, S.T. Long-term effects of bullying. Archives of Disease in Childhood, v. 100, p. 879, 2015.

ZEQUINÃO, M.A. *et al*. Bullying escolar: um fenômeno multifacetado. Educação e Pesquisa, v. 42, p. 181, 2016.

ANEXO
Roteiro de Entrevista

TÍTULO: CYBERBULLYING E OS RISCOS RELACIONADOS NA PERCEPÇÃO DE ADOLESCENTES

I - Dados :

1.Número do roteiro: _____ 2. Idade: _____ anos

3 Gênero: ( ) Masculino ( ) Feminino
3. Religião: ( ) Católica ( ) Evangélica ( ) Espírita ( ) Outra
4. Pratica esporte? ( )Sim ( )Não. Se sim, qual? _____
5. Possui acesso à internet? ( )Sim ( )Não
6. Faz uso de redes sociais virtuais? ( )Sim ( )Não. Se sim, quais?
( ) Facebook ( )Instagram ( )Whats app ( )Twitter ( )Outra

II – Questões:

Observe a figura abaixo:

1 - A figura acima ilustra um caso de *bullying. Agora, com base no seu conhecimento, escreva com suas palavras o que você entende por bullying?*

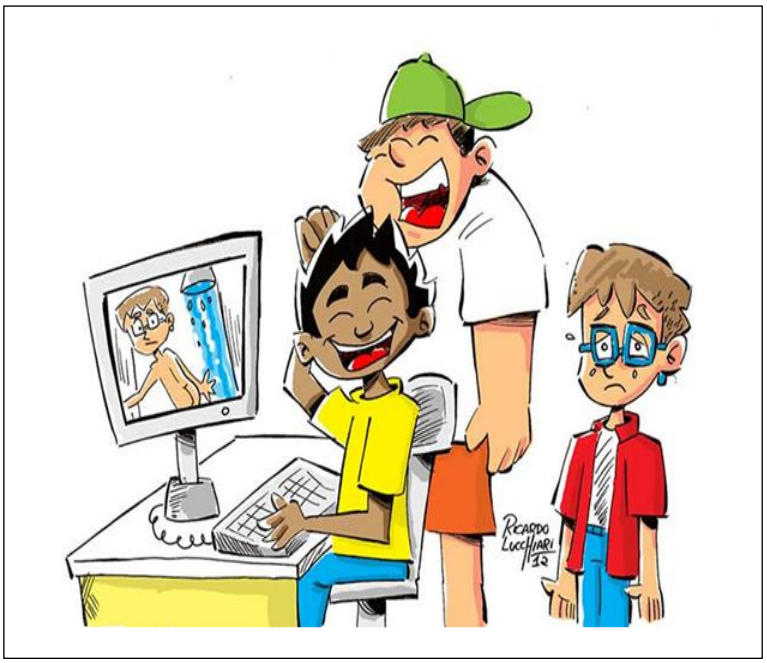
_____

_____

_____

_____

Agora, observe a próxima figura.



2 – A figura logo acima ilustra um caso de *cyberbullying. Como você fez na primeira pergunta, agora escreva com suas palavras o que você entende por cyberbullying?*

_____

_____

_____

_____

_____

Para finalizar, pense sobre as consequências causadas pelo *bullying* e *cyberbullying* e responda questão 3.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

CAPÍTULO 27

A ESQUISTOSSOMOSE NO ESTADO DE SERGIPE: UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO

Thaís F S Vieira[1], Maria A C Lima[1], Mariana S Faria[1], Tiago A Costa[1], Larissa A M Teixeira[1], Laíse A Oliveira[1], Halley F Oliveira[2]

[1] Discentes de Medicina, Universidade Tiradentes, Aracaju/SE.
[2] Docente do Departamento de Medicina, Universidade Tiradentes, Aracaju/SE.

Palavras-chave: *Esquistossomose; Epidemiologia; Política de saúde.*

1. INTRODUÇÃO

A esquistossomose é uma doença parasitária causada pelo agente etiológico *Schistosoma mansoni*, verme da classe Trematoda, família Schistosomatidae e gênero Schistosoma. Tem o homem como hospedeiro definitivo e, como hospedeiro intermediário, os caramujos de água doce do gênero *Biomphalaria* para completar seu ciclo vital. Sua transmissão é através do indivíduo infectado que elimina os ovos através de suas fezes e estes ao entrarem em contato com a água eclodem e liberam as larvas conhecidas como miracídios, as quais infectam os caramujos. Após quatro semanas as larvas abandonam o caramujo na forma de cercárias e ficam livres na água, infectando o homem ao entrar em contato com essa água, através da penetração das cercárias pela pele (BRASIL, 2014).

As manifestações clínicas das pessoas infectadas por *S. mansoni* variam a depender da intensidade da infecção. Já a sintomatologia depende do estágio de desenvolvimento do parasito no hospedeiro. A infecção por *S. mansoni* pode ser classificada em fase aguda e crônica, de forma que a fase aguda é correspondente à fase de penetração da cercária na pele, que pode apresentar-se como um quadro de dermatite

urticariforme, com erupção papular, eritema, edema e prurido, podendo durar até cinco dias após a infecção ou mesmo apresentar-se de maneira assintomática.

Após seis meses de infecção, o quadro clínico pode evoluir para a fase crônica, a qual tem a possibilidade de apresentar-se das seguintes formas: intestinal; hepatointestinal; hepatoesplênica compensada e hepatoesplênica descompensada, caracterizada como a forma mais grave da esquistossomose mansônica (BRASIL, 2005; 2010).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a doença ameaça mais de 600 milhões de indivíduos que vivem nas áreas de risco. Sabe-se que, em 2013, aproximadamente 249 milhões de pessoas necessitaram de tratamento para a infecção, sendo que apenas 42,1 milhões de indivíduos foram tratados nas áreas de endemia (África, Ásia e América Latina). Na América, o Brasil é o país mais atingido pela enfermidade, acometendo 2,5 a 8 milhões de pessoas, principalmente, na região Nordeste. Além disso, estima-se que no país cerca de 25 milhões de indivíduos estão em áreas de risco para contrair a doença (GOMES *et al.*, 2016; SOUZA *et al.*, 2010).

Muitos acreditam que a esquistossomose esteja presente apenas em regiões rurais. Contudo, a doença se alastrou especialmente para locais urbanos litorâneos, estando presentes em rios, açudes e até em esgotos. Sendo assim, o nordeste brasileiro apresenta as condições ambientais, socioeconômicas e culturais que favorecem o crescimento do parasita e de seu hospedeiro intermediário, os caramujos do gênero *Biomphalaria*, fazendo com que diversos estados se apresentem como regiões endêmicas (BRASIL, 2018; FREITAS *et al.*, 2014).

A extensa distribuição geográfica da esquistossomose no território brasileiro por si só dimensiona a gravidade da doença. Atualmente, é detectada em todas as regiões do país, sobretudo no Nordeste e Sudeste. As áreas endêmicas e focais abrangem 19 unidades federativas, acometendo, principalmente, os estados de Alagoas, Bahia, Pernambuco, Rio Grande do Norte (faixa litorânea), Paraíba, Sergipe, Espírito Santo e Minas Gerais (predominantemente no Norte e Nordeste do Estado) (BRASIL, 2014; SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, 2018).

Em Sergipe, apesar da prevalência se manter estabilizada nos últimos anos, são observadas taxas crescentes de infecção humana com perfil epidemiológico de

prevalências crônicas em localidades com índices de até 50% de positividade na região rural, e casos recentes de infecção aguda nas áreas periféricas de centros urbanos (LEITE *et al.*, 2017; SILVA, 2018). Katz (2018) revelou a partir de inquérito epidemiológico que o estado de Sergipe possui índices de positividade que, apesar de decrescentes, são os maiores do Nordeste.

As formas graves, quando detectadas tardiamente, geralmente exigem hospitalização prolongada e de alto custo, frequentemente resultando em óbito, apesar do tratamento. De 1980 a 2013, a esquistossomose causou, em Sergipe, 654 óbitos, correspondendo a 54,3% das mortes por doenças negligenciáveis no estado (SCHOLTE *et al.*, 2016; ALBUQUERQUE *et al.*, 2017).

As ações de Vigilância Epidemiológica da esquistossomose realizadas pelo programa do Ministério da Saúde permitem o diagnóstico e o tratamento dos portadores de *S. mansoni*, com o objetivo de reduzir a ocorrência de formas graves e, consequentemente, de óbitos, reduzir a prevalência da infecção e indicar medidas para diminuir o risco de expansão da doença (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Segundo Ministério da Saúde (2017), o Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN) considera a esquistossomose como uma doença de notificação compulsória, conforme a Portaria nº. 204 de 17/02/2016, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde - SVS/MS. Nas áreas não endêmicas todos os casos devem ser notificados e registrados no SINAN, enquanto nas endêmicas os casos de formas graves devem ser notificados e investigados pela Ficha de Investigação de Caso. Os casos identificados nos inquéritos coproscópicos de rotinas devem ser registrados no Sistema de Informações do Programa de Vigilância e Controle da Esquistossomose (SISPCE).

O objetivo desse estudo consiste em avaliar os casos de esquistossomose no estado de Sergipe, que é considerado como uma área endêmica e, além disso, foi um dos primeiros estados em que a presença de esquistossomose foi detectada. Outrossim, correlacionar os casos com outras variáveis como idade, sexo e área, para assim poder mapear os indivíduos que estão em maior condição de risco.

2. MÉTODO

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo que usa o método quantitativo, em que os dados disponíveis foram extraídos das informações em saúde (TABNET) através do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS), o qual é responsável por disponibilizar informações para análises da situação sanitária e, por meio disso, realizar programas de ações de saúde.

Os dados sobre a esquistossomose estão disponibilizados tanto pelo Programa de Controle de Esquistossomose (PCE), quanto pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Contudo, ambos apresentam restrições devido à falta de informações das notificações em alguns anos. O caso do PCE, para o estado de Sergipe, só há disponibilidade de dados até o ano de 2015, já no do SINAN, até 2017, (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Dado isso, foi procurado também para a pesquisa dados da Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde (SES), entretanto não houve êxito no encontro dos boletins epidemiológicos. Por isso, o estudo apresentou limitações para com os dados dos anos de 2018 a 2020, restringindo-se a década de 2007 a 2017. É válido mencionar que os dados coletados nos anos que estavam disponíveis tanto pelo SINAN, quanto pelo PCE, eram coincidentes.

A fim de correlacionar o número de casos e o desfecho dos casos com condições socioeconômicas, foram consideradas as seguintes variáveis: sexo (masculino, feminino); faixa etária (< 20 anos, entre 20 e 40, entre 40 e 60, > 60 anos); raça/cor (branca, preta, amarela, parda, indígena); ano do primeiro sintoma (antes de 1975 até 2017); Microrregião IBGE de notificação (Sertão do São Francisco, Carira, Nossa Senhora das Dores, Agreste de Itabaiana, Tobias Barreto, Agreste de Lagarto, Própria, Cotinguiba, Japaratuba, Baixo Contiguiba, Aracaju, Boquim e Estância); e evolução (cura, não cura, óbito por esquistossomose, óbito por outras causas). É válido mencionar que em todas as variáveis existe a opção ignorado/em branco.

No que tange aos dados, foi utilizado o programa Microsoft Excel para armazenamento dos mesmos. Para análise deles, foi realizado a frequência absoluta e relativa.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram notificados 1.938 casos confirmados no período de 2007 a 2017 no estado de Sergipe. Como mostrado na Tabela 1, aproximadamente 55,4% dos casos foram pertencentes ao sexo masculino, enquanto 44,6% ao feminino. Esta prevalência no sexo masculino dialoga com a descrição na literatura de que a esquistossomose sofre interferência direta da condição socioeconômica e cultural dos possíveis hospedeiros humanos, tanto em relação a parte comportamental, quanto aos aspectos sanitários (NORONHA *et al.*, 1995).

No que tange a questão comportamental, observa-se, pelo sexo masculino, uma menor predisposição a prevenir e tratar doenças o que pode se justificar pela construção de um estereótipo de gênero no qual o cuidado com a saúde afasta o homem dessa imagem forte e viril construída (SIQUEIRA *et al*, 2014).

Tabela 1. Casos de esquistossomose notificados de acordo com o sexo e a faixa etária no estado de Sergipe

Sexo	Total	Percentual (%)
Masculino	1.076	55,4
Feminino	864	44,6
Idade		
Menores de 20 anos	676	34,88
Entre 20 e 40 anos	677	34,93
Entre 40 e 60 anos	399	20,59
Maiores de 60 anos	186	9,60

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Na Tabela 1 também é possível notar a prevalência maior na faixa etária entre 20 e 40 anos, seguida por menores de 20 anos, em que se evidencia pouca disparidade entre os números (menos de 0,05%). Em relação a faixa etária, nota-se uma semelhança no número de casos em menores de 20 anos e na faixa entre 20 e 40 anos por uma questão comportamental, haja vista que para crianças e adolescentes, o rio, ambiente da contaminação, pode ser visto como fonte de atividades de lazer como por exemplo, a

prática de nadar, assim como, para muitos adultos a pescaria é adotada como fonte de sustentação da família, o que também expõe o indivíduo ao contato com a água contaminada (SANTOS *et al.*, 2016).

A Tabela 2 contém os dados referentes a raça/cor dos casos confirmados notificados. Dado isso, evidencia-se que a parda se sobressaiu em relação as outras, sendo mencionada em cerca de 65% dos casos. Não há, na literatura, relato de uma relação direta entre a etnia e a prevalência da esquistossomose. Entretanto, historicamente, no Brasil, as etnias parda e preta se apresentam com déficit socioeconômico, o que os torna mais vulneráveis à falta de informação e de saneamento básico, que constituem importantes fatores de risco para aquisição de tal parasitose (MELO *et al*, 2019).

Tabela 2. Número de casos notificados de acordo com a raça/cor em Sergipe de esquistossomose

Raça/cor	Total	Percentual (%)
Branca	195	10,1
Preta	110	5,7
Amarela	27	1,4
Parda	1.260	65,0
Indígena	4	0,2
Ign/Branco	342	17,6

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Ao avaliar o ano em que ocorreu o primeiro sintoma da esquistossomose, observa-se predomínio entre os anos 2005 e 2010, totalizando 1.222 casos notificado, mas é válido mencionar a presença de casos (2 casos) que tiveram o primeiro sintoma antes de 1975 (Tabela 3). Diante disso, é válido demonstrar a dificuldade acerca do diagnóstico de esquistossomose, visto que a doença apresenta diversas fases clínicas. Com isso, tem-se a necessidade do conhecimento do diagnóstico diferencial para cada fase evolutiva da patologia (VITORINO *et al.*, 2012). Dificultando assim, o diagnóstico na fase aguda da doença, o qual é de extrema importância para diminuir a morbimortalidade da doença, pois é possível realizar o tratamento adequado, evitando que a ação patogênica dos ovos acumulados cause alterações nos órgãos afetados (BRASIL, 2014).

Tabela 3. Número de casos confirmados notificados em Sergipe segundo o ano do primeiro sintoma

Ano	Nº de casos	Percentual (%)
<1975	2	0,10
1976	1	0,05
1995	1	0,05
1997	1	0,05
2000	2	0,10
2001	1	0,05
2004	1	0,05
2005	2	0,10
2006	310	16,0
2007	681	35,1
2008	69	3,60
2009	98	5,06
2010	64	3,30
2011	95	4,90
2012	74	3,82
2013	98	5,06
2014	97	5,00
2015	151	7,80
2016	112	5,78
2017	78	4,03

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Por se tratar de uma doença que pode levar ao óbito, direta ou indiretamente, analisou-se essa variável. No entanto, houve limitações quanto ao desfecho no estado de Sergipe pelo predomínio do número de casos (65,3%) que tiveram essa variável ignorada/em branco como visto na Tabela 4. É válido mencionar que a evolução do caso, nas instruções para preencher a ficha de investigação, é definido como um campo essencial, ou seja, seu preenchimento não é obrigatório. Apesar disso, sabe-se é necessário registrar esse dado, já que está relacionado à investigação do caso ou ao cálculo de indicador epidemiológico ou operacional. O fato de não ser um campo de preenchimento obrigatório justificaria o alto percentual dos casos que tiveram esse item ignorado/em branco (SINAN, 2016).

Tabela 4. Evolução dos casos de esquistossomose no estado de Sergipe

Evolução	Número de casos	Percentual (%)
Cura	610	31,5
Não cura	16	0,8
Óbito por esquistossomose	38	2,0
Óbito por outra causa	8	0,4
Ignorada/Em branco	1.266	65,3

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Como já mencionado, sabe-se que o nível socioeconômico está atrelado a prevalência/incidência da esquistossomose, visto que entre os fatores de risco há o déficit no saneamento básico. Por isso, viu-se a necessidade de avaliar o número de casos confirmados notificados no estado de Sergipe, de acordo com a microrregião segundo o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) de residência. Por fim, foi visto que o Agreste de Itabaiana conteve os maiores índices, com 347 casos (Tabela 5).

A divisão do estado nas microrregiões foi realizada levando em consideração as atividades econômicas e os movimentos populacionais, de modo que fosse facilitado a administração, o estudo e a análise das áreas, para que assim os órgãos públicos realizem investimentos e equacionem os problemas socioeconômicos, pontos esses importantes para o controle da esquistossomose (FRANÇA *et al.*, 2007).

Tabela 5. Número de casos de esquistossomose notificados de acordo com a microrregião de residência em Sergipe

Microrregião	Número de casos	Percentual (%)
Sertão do São Francisco	70	3,61
Carira	89	4,60
Nossa Senhora das Dores	67	3,46
Agreste de Itabaiana	347	17,90
Tobias Barreto	22	1,13
Agreste de Lagarto	23	1,19
Própria	215	11,10
Cotinguiba	264	13,62
Japaratuba	110	5,67
Baixo Cotinguiba	185	9,54
Aracaju	235	12,13
Boquim	164	8,46
Estância	147	7,59

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

4. CONCLUSÃO

Pelos altos índices de esquistossomose que ainda perduram no estado de Sergipe, é indispensável o aumento do número de políticas públicas, visando não só a redução do número de casos, como também o diagnóstico e o tratamento precoce para evitar os óbitos e as sequelas decorrentes dessa patologia.

A principal medida de controle da esquistossomose é a diminuição dos números dos hospedeiros os intermediários, caramujos do gênero *Biomphalaria*, através de substâncias químicas em locais onde existem foco de importância epidemiológica, com o auxílio do órgão ambiental regional pelo risco de desequilíbrio ambiental.

Contudo, para a redução da prevalência da doença ou a eliminação da transmissão de forma duradoura e sustentável, são necessárias medidas complementares como educação em saúde e saneamento ambiental, pois devido à forte correlação da doença com as condições socioeconômicas, a eliminação da transmissão requer a melhoria das condições de vida da população.

5. REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M.A.C. de et al. Tendência secular de mortalidade por doenças infecciosas no estado de Sergipe. 2016. 87 f. Tese (Pós-Graduação em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2016. Disponível em: https://ri.ufs.br/bitstream/riufs/3609/1/MARCOS_ANTONIO_C_ALBUQUERQUE.pdf Acesso em: 21 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Sistema de Legislação da Saúde, Brasília, DF, 17 fev. 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html. Acesso em: 21 jul. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Educação em saúde para o controle da esquistossomose / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018, 42 p. Disponível em: http://www2.maringa.pr.gov.br/sistema/arquivos/1b71f5f7f242.pdf. Acesso em: 21 jul. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Vigilância da Esquistossomose mansoni- Diretrizes técnicas. – 4 ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigilancia_esquistossome_mansoni_diretrizes_tecnicas.pdf. Acesso em: 21 jul. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. - 8 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010, 444 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_infecciosas_parasitaria_guia_bolso.pdf. Acesso em: 21 jul. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – 6 ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005, 816 p. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/33916/388729/Guia_Vig_Epid_novo2.pdf/99464018-d6d1-486b-853b-9871d6eff16f?version=1.0. Acesso em: 21 jul. 2020.

FRANÇA, V.L.A; CRUZ, M.T. Atlas escolar: Sergipe. João Pessoa: Grafset, 2007.

FREITAS, J. *et al*. Esquistossomose, uma doença no contexto da saúde pública brasileira. Revista Nova Científica. v. 2, p. 52, 2014.

GOMES, A.C.L. *et al*. Prevalência e carga parasitária da esquistossomose mansônica antes e depois do tratamento coletivo em Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 25, p. 243, 2016.

KATZ, N. Inquérito Nacional de Prevalência da Esquistossomose mansoni e Geohelmintoses. Belo Horizonte: CPqRR, 2018. 76 p. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/25662/2/Inqu%c3%a9rito%20Nacional%20de%20Preval%c3%aancia%20da%20Esquistossomose%20mansoni%20e%20Geo-helmintoses.pdf. Acesso em: 21 jul. 2020.

LEITE, B.H.S. *et al*. Incidência de Esquistossomose Mansônica em Pernambuco no Período Compreendido entre 2010 a 2016. Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-PERNAMBUCO, v. 3, p. 57, 2017.

MELO, A.G.M. *et al*. Esquistossomose mansônica em famílias de trabalhadores da pesca de área endêmica de Alagoas. Escola Anna Nery, v. 23, e20180150, 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Esquistossomose- casos confirmados notificados no sistema de informação de agravos de notificação- Sergipe. Tabnet.datasus, 2019. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinannet/cnv/esquistoSE.def>. Acesso em: 21 jul. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Orientações para profissionais de saúde. Saúde.gov, 2017. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/esquistossomose/orientacoes-para-profissionais-de-saude>. Acesso em: 21 jul. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. Brasília, 2010. Disponível em: http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060701. Acesso em: 21 jul. 2020.

NORONHA, C.V *et al*. Uma concepção popular sobre a esquistossomose mansônica: os modos de transmissão e prevenção na perspectiva de gênero. Caderno de Saúde Pública, v. 11, p. 106, 1995.

SANTOS, A.D.S *et al*. Análise espacial e características epidemiológicas dos casos de esquistossomose mansônica no município de Simão Dias, nordeste do Brasil. Revista de Patologia Tropical, v. 45, p. 99, 2016.

SCHOLTE, R. *et al*. Predictive risk mapping of schistosomiasis in Brazil using Bayesian geostatistical models. Acta Tropica, v. 132, p. 57, 2014.

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Esquistossomose Mansônica. Saúde.ba, 2018. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2018/03/GUIA-DE-VIGIL%C3%82NCIA-EPIDEMIOL%C3%93GICA-ESQUISTOSSOMOSE-MANS%C3%94NICA.pdf . Acesso em: 21 jul. 2020.

SILVA, M.M.B.L. Áreas vulneráveis e fatores de risco a ocorrência da esquistossomose em Sergipe. 2018. 258 f. Tese (Doutorado em Geografia) - Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, SE, 2018. Disponível em: https://ri.ufs.br/handle/riufs/10354. Acesso em: 21 jul. 2020.

SINAN. Esquistossomose- instruções para preenchimento. Ficha de investigação, 2016. Disponível em: http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Esquistossomose/Esquistossomose_v5_instr.pdf. Acesso em: 21 jul. 2020.

SIQUEIRA, B.P.J. *et al*. Homens e cuidado à saúde nas representações sociais de profissionais de saúde. Escola Anna Nery, v. 18, p. 690, 2014.

SOUZA, M.A.A. *et al*. Aspectos ecológicos e levantamento malacológico para identificação de áreas de risco para transmissão da esquistossomose mansoni no litoral norte de Pernambuco, Brasil. Iheringia Série Zoologia, v. 100, p. 19, 2010.

VITORINO, R.R. *et al*. Esquistossomose Mansônica: Diagnóstico, Tratamento, Epidemiologia, Profilaxia e Controle. Revista Brasileira de Clínica Médica, v. 10, p. 39, 2012.

CAPÍTULO 28

ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DE CASOS NOTIFICADOS DE SÍFILIS EM PEDRO II-PI E A EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO PROCESSO DE PREVENÇÃO DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Alan P A G C de Sousa[1], Denilson R de Oliveira[1], Jully E V Brandão[1], Juliana M M Pinheiro[1], Maria G de M Lima[1], Tays de O L Costa[1], Marineide R do Amorim[2], Lidiane L B Amorim[3]

[1] Discente do curso de Licenciatura em Ciências Biológicas no Instituto Federal do Piauí, Pedro II/PI.
[2] Docente do Instituto Federal do Piauí, Pedro II/PI.
[3] Professora orientadora. Docente do Instituto Federal do Piauí, Pedro II/PI.

Palavras-chave: *Educação em saúde; Comportamento sexual; Infecções Sexualmente Transmissíveis.*

1. INTRODUÇÃO

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) são causadas por mais de 30 agentes etiológicos, bacterianos, virais e parasitários, transmitidas, principalmente, por contato sexual desprotegido, seja ele oral, anal ou vaginal (HILBERT & RENO, 2018). Quatro IST são classificadas como incuráveis, mas controladas e tratáveis com o uso de medicamentos e acompanhamento de saúde: Vírus da Imunodeficiência Humana Adquirida (HIV)/Síndrome da Imunodeficiência Humana (AIDS), hepatite B, herpes e papiloma vírus humano (HPV); enquanto outras IST são consideradas curáveis: sífilis, clamídia, tricomoníase e gonorreia (HUGHES & FIELD, 2015).

Com base nos dados de prevalência de 2009 a 2016, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou o total de casos incidentes de IST curáveis em 376,4 milhões, entre

os quais 127,2 milhões casos eram de clamídia, 86,9 milhões casos de gonorreia, 156,0 milhões casos de tricomoníase e 6,3 milhões casos de sífilis (ROWLEY *et al*., 2019).

Aproximadamente 25% de todas as infecções sexuais são diagnosticadas em jovens menores de 25 anos. Sendo a adolescência, o período em que a incidência dessas infecções cresce, representando um impacto direto sobre a saúde reprodutiva, podendo causar infertilidade e complicações na gravidez e no parto, além de causar morte fetal e agravos à saúde da criança. Estudos evidenciam que o aumento no índice de adolescentes portadores de algum tipo de IST está associado a falta de informações sobre essas infecções e suas formas de transmissão e prevenção, além do início precoce da atividade sexual, a maioria entre 12 e 17 anos, e a inconsistência no uso de preservativos (MESQUITA *et al.*, 2017).

Dentre as ISTs, a sífilis, que é causada pela bactéria *Treponema pallidum*, destaca-se singularmente por possuir métodos de detecção e tratamento disponíveis (MOURA *et al.*, 2019). Apesar disso, a ocorrência da Sífilis no Brasil é tão significativa que se apresenta como a maior preocupação para as autoridades sanitárias depois da AIDS, pois a maior parte dos casos continua sendo diagnosticada tardiamente, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste, persistindo dificuldades no controle da doença (MACÊDO *et al.*, 2017). Entraves econômicos referentes a disponibilidade de insumos e materiais em serviços de saúde, falta de acesso ao pré-natal, insegurança ao uso da penicilina benzatina e desinformação dos profissionais de saúde podem estar relacionados com as falhas no diagnóstico e tratamento (DOMINGUES & LEAL, 2016; PADOVANI *et al.*, 2018).

A sífilis é classificada de acordo com suas diferentes vias de transmissões, em sífilis adquirida (SA) e sífilis congênita (SC). Na AS, a transmissão ocorre por via sexual, originadas da relação sexual desprotegida (SILVA *et al.*, 2017). Já a SC acontece quando a gestante infectada não é tratada ou é tratada inadequadamente, podendo ocorrer a transmissão por via direta da placenta da mãe para o feto em qualquer fase da gestação ou por meio do canal do parto (CAMPOS *et al.*, 2012).

Alerta-se que a SC é responsável por altos índices de morbimortalidade fetal e neonatal (SILVA *et al.*, 2019). Estima-se que pelo menos meio milhão de crianças nasçam com SC, e ainda, que a sífilis materna cause outro meio milhão de natimortos e abortos (HOLANDA *et al.*, 2011). Segundo dados do Ministério da Saúde em 2018, foram

notificados no SINAN 158.051 casos de SA, 62.599 casos de sífilis em gestantes, 26.219 casos de SC e 241 óbitos. Em relação à SC, observou-se que Teresina-PI está entre as cidades que apresentaram taxas de incidência superiores às do Brasil (BRASIL, 2019).

Entre os anos de 2007 e 2017, no estado do Piauí, foram notificados 1.858 casos de SC. A maior incidência se deu na capital Teresina, com 1.376 notificações, posteriormente a cidade de Parnaíba com 200 notificações, seguida das cidades de Picos, com 112 notificações, e Floriano, com 65 notificações. Os autores concluíram que existe um aumento progressivo da sífilis congênita no estado do Piauí.

Para promover a melhoria dessa realidade, os profissionais de saúde e as escolas, devem realizar atividades de educação em saúde que abordem e incentivem as formas de prevenção. Assim, este trabalho teve como objetivo descrever o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes acometidos por sífilis no município de Pedro II-PI, bem como relatar uma experiência de promoção da saúde no contexto das IST vivenciada com adolescentes em uma escola pública.

2. MÉTODO

Para a realização deste estudo, foram utilizados dados secundários obtidos no portal do Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais (BRASIL, 2020). A população do estudo constitui-se dos casos de sífilis adquirida, gestacional e congênita, registrados pelo município, no período de 2010 a 2019.

Durante este estudo, foram levantados de cada paciente as variáveis sociodemográficas (faixa etária, sexo e escolaridade) e os fatores epidemiológicos (idade gestacional do diagnóstico e classificação clínica), além dos indicadores que se relacionam diretamente à assistência municipal em saúde (acompanhamento pré-natal, momento do diagnóstico da doença materna, taxa de transmissão vertical, óbito pelo agravo e tratamento do parceiro). As tabelas e os gráficos foram elaborados através do software Excel 2007 e analisados por estatística descritiva simples.

Posteriormente, foi realizada uma atividade educativa a partir de uma palestra e aplicação de jogos (Corrida da Contracepção, Jogo da Verdade sobre sexualidade e Jogo

do Tabuleiro) em uma escola pública de Pedro II. Durante a realização dessas atividades com 35 alunos, foram coletadas informações orais, a partir de perguntas, com o objetivo de avaliar, primeiramente, a percepção desses alunos a percepção desses alunos sobre métodos contraceptivos e IST.

A ação educativa somente ocorreu após a autorização da diretora da escola que assinou um documento. Os alunos ou os responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após serem informados acerca do estudo, sobre os procedimentos adotados, riscos, desconfortos, benefícios e direitos envolvidos. Essa proposta de ação educativa não necessitou de submissão para apreciação ética ao comitê, por se tratar de relato de experiência dos próprios coautores, com anuência do local e dos participantes onde ocorreu o projeto de intervenção, asseguradas as garantias de confidencialidade dos dados, conforme as diretrizes para pesquisas definidas pela resolução CNS/MS 466/12 e suas complementares.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. Perfil epidemiológico

Durante o período de 2010 a 2019, em relação as notificações da SA por ano, não foram registradas notificações nos anos de 2010, 2011, 2013 e 2014. Os anos de 2012, 2015 e 2016 tiveram apenas uma notificação cada e o ano de 2017 duas notificações. Já em 2018, foram registradas notificados 13 notificações (44,8%) e 11 em 2019 (37,9%), totalizando 29 casos.

No caso casos da enfermidade na forma gestacional, foram registrados 12 casos. Os anos de 2010 e 2016 tiveram uma notificação cada e os anos de 2018 e 2019 se apresentaram com cinco notificações cada. A caracterização do perfil materno, nos casos de sífilis em gestantes, mostrou as faixas de 15 a 19 anos, 20 a 29 anos e 30 a 39 anos, com quatro notificações cada. A faixa etária de 20-29 anos representa o auge da fase reprodutiva, justificando os números de casos notificados. No entanto, o número expressivo de adolescentes na faixa de 15 a 19 anos com a infecção demonstra o início

precoce e desprotegido da vida sexual e foi observado em outros estudos (SOUZA *et al.*, 2018).

No critério raça/cor da pele, identificou-se que 75% (n = 9) das mulheres diagnosticadas com sífilis eram pardas, 16,7% brancas (n =2) e uma caso foi ignorado. Quanto à escolaridade, 33,4% das mulheres notificadas completaram até o Ensino Fundamental e 11,1% tinham ensino médio completo.

Constata-se que as características de vulnerabilidades relacionadas às mães foram semelhantes às de mulheres de estudos na Bahia, Rio Grande do Norte Pernambuco e Paraná, nos quais fica evidente a existência de gestantes com baixa escolaridade, a maioria delas entre 20 e 30 anos de idade, solteiras e em condições socioeconômicas limitadas (OLIVEIRA & SANTOS, 2015; TEIXEIRA *et al.*, 2015; BERTUSSO *et al.*, 2018; SILVA *et al.*, 2019).

Destaca-se neste trabalho o problema no preenchimento da variável escolaridade pela elevada proporção (50%) da informação registrada como "ignorada/em branco" nos anos de estudo. Isso coincidiu com estudo realizado no Ceará, em que o número de casos ignorados chegou a atingir 36,4%, e o da Bahia, em que quase 40% foram ignoradas e de Pernambuco com 25% dessa informação ignorada. Essa quantidade expressiva de dados ignorados sugere prováveis subnotificações e erros de preenchimento das fichas de notificação (OLIVEIRA & SANTOS, 2015; TEIXEIRA *et al.*, 2015).

Em relação à idade gestacional, nota-se que houve maior número de notificações de sífilis em gestantes no segundo e terceiro trimestre de gestação, sendo notificado quatro casos em cada. Quanto à classificação clínica, observa-se que a maioria dos casos notificados foi de sífilis secundária (33,3%), seguida da terciária e da latente com 25% cada. Esse maior número da fase secundária é preocupante, pois as probabilidades da transmissão para o filho das sífilis primária e secundária são de 50% a 100% (OLIVEIRA-JR. *et al.*, 2017). Além disso, reflete erro no diagnóstico, pois o que se espera no rastreamento é a fase latente mais incidente (CAVALCANTE *et al.*, 2017).

Em relação a SC, foi constatada taxa de transmissão vertical de 41,6% (n = 5). Todos estes casos foram registrados em crianças menores de 7 dias de nascimento. Além disso, o óbito pelo agravo foi registrado em um caso. O acompanhamento pré-natal foi realizado nas cinco mães, com o diagnóstico da doença nesse período de

acompanhamento em quatro mães, e um caso no momento do parto/curetagem. O tratamento foi considerado inadequado em todos os casos. Além disso, o tratamento do parceiro foi realizado em 60% das notificações. Fato semelhante com os resultados de um estudo em Alagoas entre 2007 a 2011, onde 65,8% dos parceiros não realizaram o tratamento concomitantemente com a gestante (ALVES *et al.*, 2016). Moura *et al*. (2019) constataram que apenas 30,30% dos parceiros foram tratados em um estudo realizado no Piauí. O mesmo aspecto foi observado em estudos realizados em Natal, Minas Gerais e Rio de Janeiro em regiões brasileiras, sendo atribuído à falha do serviço de saúde em convocar o parceiro e realizar a terapêutica, impedindo que as taxas de transmissão vertical sejam reduzidas (HOLANDA *et al.*, 2011; LAFETA *et al*., 2016; SOUZA *et al.*, 2018).

3.2. Atividade educativa

As atividades educativas realizadas pelos enfermeiros e por professores de Biologia nas escolas, que devem atuar como agentes morais a participar da construção da sexualidade de meninos e meninas para prevenção e manejo da disseminação das ocorrências de sífilis (RODRIGUES *et al.* 2016; MOLINA & SANTOS, 2018). Assim, foi realizada uma atividade educativa por meio de uma palestra e aplicação de jogos em uma escola pública de Pedro -II. Durante a realização dessas atividades com 35 alunos do 1º ano do ensino médio, foram coletadas informações orais, a partir de perguntas, com o objetivo de avaliar, primeiramente, a percepção desses alunos sobre métodos contraceptivos e ISTs.

No momento da palestra os alunos demonstraram-se bastantes participativos, sem ter receio de esclarecer as dúvidas relacionadas ao assunto. Neste momento surgiram perguntas tais como: “por que a cor do esperma muda depois de várias ejaculações seguidas?” “Até quantos dias após a relação sexual pode-se tomar a pílula do dia seguinte?” o DIU pode ficar preso no útero e não sair mais?”.

Os alunos participantes se encontravam em uma faixa etária entre e 15 e 20 anos, dos quais 34% eram meninos e 66% meninas. Ao serem questionados em relação à primeira relação sexual, 45,7% (n = 17) afirmaram que já tiveram relação sexual. A idade

com maior frequência para o início da atividade sexual foi de 15 anos. Madureira *et al.* (2010), relataram em seu trabalha que o início da vida sexual ocorreu precocemente para 18,7% dos participantes, entre 12 e 13 anos.

Em relação aos meios utilizados para obter informações sobre sexualidade, obteve-se os seguintes resultados: 28,6% (n = 10) com amigos, 25,7% (n = 9) na escola, 17,1% (n =6) n família, internet 20% (n =7) e outros 8,6% (n =3). É possível perceber que a escola é um dos meios mais utilizados de obtenção de informações entre os adolescentes. Um estudo conduzido no Estado do Ceará, em 2015, aponta que a escola é o principal espaço em que é discutido sobre saúde sexual e reprodutiva entre adolescentes, além de amigos/as, televisão e internet (GONDIM *et al*., 2015). Em algumas famílias, sexo é um assunto por vezes proibido de ser mencionado, fazendo com que o jovem adolescente busque informações fora de casa (KRABBE *et al*., 2016). Torquato *et al.* (2017), em estudo com adolescentes de 14 a 17 anos, apontou que o diálogo com os pais e com profissionais da unidade de saúde sobre sexualidade está baixo.

Entre os métodos contraceptivos mais utilizados entre os adolescentes a camisinha masculina predominou, sendo citada pelos 16 alunos (100%) que se declararam sexualmente ativos. Além disso, os alunos reconhecem que é eficaz na prevenção das IST. Assim, o resultado do estudo é compatível com a pesquisa realizada por Rodrigues (2015), numa escola da rede pública de ensino no município de São Paulo em adolescentes com idade entre 15 e 17 anos que estavam matriculados regularmente, observou-se, que todos os adolescentes afirmaram conhecer algum tipo de método de prevenção (100,0%), sendo o uso de preservativo (100,0%) citado por todos os estudantes.

É possível perceber que não há a utilização do preservativo feminino. Em trabalho realizado por Campos *et al.* (2016), as narrativas revelaram que o preservativo feminino não é conhecido, não tem sido focalizado pela mídia e nem discutido na educação em sexualidade. Não há relato sobre o treino de seu uso com modelos como ocorre para o preservativo masculino. Percebem-se inseguranças, medos e resistência a esse método devido ao desconhecimento e falta de prática no seu uso; também é pouco disponibilizado nos postos de saúde.

Sobre o uso da pílula anticoncepcional, 21% afirmaram que também protege contra IST. No trabalho de Genz *et al.* (2017), os participantes também referiram o uso de anticoncepcional como método preventivo.

Em relação aos anticoncepcionais injetáveis, 30% desconhecem que seu uso não é diário evitando o risco de esquecimento como pode acontecer com a pílula. Sobre o uso da pílula do dia seguinte, 19% afirmaram que pode ser tomada constantemente e sem recomendação médica. Já com relação a eficácia do coito interrompido, 23% afirmaram que é o método mais eficaz contra a gravidez.

A detecção de conhecimento insatisfatório dos adolescentes sobre os métodos contraceptivos aponta para necessidade de promover a sensibilização dos adolescentes quanto a essas questões. A realização de atividades educativas por meio de atividades lúdicas, como jogos e oficinas, permite aos adolescentes esclarecer suas dúvidas acerca do uso dos métodos contraceptivos e dos tipos IST. Nesta perspectiva, a educação sexual torna-se fundamental para favorecer a promoção da relação sexual protegida entre adolescentes e jovens (MADUREIRA *et al.*, 2010).

Os jogos utilizados durante este trabalho tinham como objetivo diversificar o ensino sobre métodos contraceptivos, avaliar os conhecimentos dos alunos sobre o tema através de perguntas presentes no jogo. O foco das perguntas dos jogos ia desde métodos contraceptivos à IST.

O jogo “A corrida da contracepção”, desenvolvido pela nossa equipe, conta com três participantes, onde cada um possui um carro em cima de uma linha de partida, com o trajeto a ser percorrido por 5 casas (Figura 1A). O professor ou aluno do ensino superior fazia uma pergunta aos alunos do ensino médio e informava três possíveis respostas organizadas em alternativa A, B e C. Cada participante possuía três placas com as letras A, B e C e tinham que levantar, de forma simultânea, a placa que continha a letra que corresponde à resposta correta.

A princípio houve certo receio dos alunos de participar da atividade, no entanto, logo todos começaram a se envolver na brincadeira. A utilização de recurso didático possibilitou uma maior aproximação dos envolvidos, além de despertar o maior interesse sobre o tema, já que estimulou uma certa competição entre os participantes já que o vencedor era recompensado com um pequeno prêmio.

O jogo do Tabuleiro também foi desenvolvido pela nossa equipe, sendo composto por 50 casas no qual participam dois jogadores (Figura 1B). O jogador deve escolher uma carta, caso o número sorteado leve a um ponto de interrogação, deve responder à pergunta contida nela. Ganha aquele que completar o percurso primeiro. Dentre os jogos utilizados este demonstrou despertar uma maior interação e promoveu maior aprendizado dos alunos, já que durante o jogo foram esclarecidas algumas dúvidas sobre os assuntos abordados nas perguntas do jogo.

O jogo da Verdade sobre sexualidade foi utilizado por Rodrigues *et al.* (2017), em trabalho realizado em uma escola pública do Amazonas. O jogo contém uma garrafa, e algumas cartas com perguntas de verdadeiro ou falso (Figura 1C). Inicialmente foi formado um grupo com 5 alunos, e por sorteio foi definida a ordem de jogada de cada um. Os 5 participantes formaram um círculo e a garrafa foi posicionada no meio, o primeiro jogador deve girar a garrafa e para onde a ponta da garrafa apontar o aluno deveria responder à pergunta e, caso respondesse de maneira incorreta, deveria permanecer uma rodada sem jogar. Durante o jogo foi possível esclarecer os mitos e verdades sobre a sexualidade, métodos contraceptivos e ISTs, os participantes estavam bastante atentos durante os esclarecimentos de algumas questões abordadas nas perguntas.

Figura 1. Imagem das aplicações dos jogos educativos

Legenda: A. A corrida da contracepção; B. jogo do tabuleiro; C. Verdade da verdade sobre sexualidade.
Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

Por fim, foi possível perceber que quando há a utilização de recursos que vão de encontro ao interesse dos alunos há uma possibilidade de maior interação com o tema, abordado além de melhorar a aprendizagem.

4. CONCLUSÃO

Percebe-se que com a palestra e aplicação dos jogos os alunos se tornaram mais consciente sobre os malefícios causados pela falta de proteção e prevenção nas relações sexuais, e que devem sim buscar sempre formas de melhorar a sua qualidade de vida, agindo com responsabilidade e preservando a saúde.

No município de Pedro II pode existir uma quantidade expressiva de dados sobre a sífilis não preenchidos no sistema do Ministério da Saúde. Os estudos apontam um aumento do número de casos nas cidades do Piauí e em todo Brasil, em especial a partir de 2011, onde foi possível observar um aumento progressivo na taxa de detecção da sífilis em gestantes e no coeficiente de incidência da sífilis congênita.

Portanto, para o controle do crescimento dessa infecção na gestação e controle da taxa de transmissão vertical deve ser realizado um plano de intervenção em gestão de saúde com maior integração do sistema municipal de vigilância e da atenção básica, definindo ações para um acompanhamento mais próximo e proativo dos grupos identificados como vulneráveis.

Os profissionais de saúde devem interagir com as escolas e comunidades, para realização de atividades de educação em saúde e realizar a divulgação na mídia, abordando e incentivando as formas de prevenção das infecções sexualmente transmissíveis e da gravidez na adolescência.

5. REFERÊNCIAS

ALVES, W.A. *et al*. Sífilis Congênita: epidemiologia dos casos notificados em Alagoas, Brasil, 2007 a 2011. Revista Saúde e Sociedade, v. 1, p. 27, 2016.

BERTUSSO, T.C.G. *et al.* Características de gestantes com sífilis em um hospital universitário do paraná. Revista Saúde Pública, v. 1, p. 129, 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis – DCCI. Boletim Epidemiológico Especial- Sifilis|2019. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: < http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-sifilis-2019>. Acesso em: 27 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância [Internet]. Indicadores e dados básicos da sífilis nos municípios brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: < http://indicadoressifilis.aids.gov.br/>. Acesso em: 27 jul. 2020.

CAMPOS, A.L.A. *et al.* Syphilis in parturients: aspects related to the sex partner. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 34, p. 397, 2012.

CAMPOS, H.M. *et al*. Saúde Sexual, gênero e percepções de adolescentes sobre o preservativo feminino. Adolescência e Saúde, v. 13, p. 26, 2016.

CAVALCANTE, P.A. *et al.* Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 26, p. 255, 2017.

DOMINGUES, R.M.S.M. & LEAL, M.C. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 32, p. 1, 2016.

GENZ, N. *et al.* Sexually transmitted diseases: knowledge and sexual behavior of adolescents. Texto Contexto Enfermagem, v. 26, p. 1, 2017.

GONDIM, P. *et al.* Acessibilidade dos adolescentes às fontes de informações sobre saúde sexual e reprodutiva. Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, v. 25, p. 50, 2015.

HILBERT, S. & RENO, H. Management of Patients with Sexually Transmitted Infections in the Emergency Department. Emergency Medicine Clinics of North America, v. 36, p. 767, 2018.

HUGHES, G. & FIELD N. The epidemiology of sexually transmitted infections in the UK: impact of behavior, services and interventions. Future Microbiology, v. 10, p. 35, 2015.

HOLANDA, M.T.C.G. *et al.* Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Município do Natal, Rio Grande do Norte – 2004 a 2007. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 20, p. 203, 2011.

KRABBE, E.C. *et al*. Escola, sexualidade, práticas sexuais e vulnerabilidades para as infecções sexualmente transmissíveis (IST). Revista Interdisciplinar de Ensino, Pesquisa e Extensão, v. 4, p. 75, 2016.

LAFETA, K.R. *et al.* Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 19, p. 63, 2016.

MACÊDO, V.C. *et al.* Fatores de risco para sífilis em mulheres: estudo caso-controle. Revista Saúde Pública, v. 51, 78, 2017.

MADUREIRA, L. *et al*. Contracepção na adolescência: conhecimento e uso. Cogitare Enfermagem, v. 15, p. 100, 2010.

MESQUITA, J.S. *et. al*. Fatores de risco e proteção entre adolescentes em relação as DST/HIV/AIDS. Revista de Enfermagem UFPE, v. 11, p. 1227, 2017.

MOURA, M.C.L. *et al.* Sífilis congênita no Piauí: um agravo sem controle. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research, v. 26, p. 29, 2019.

MOLINA, A.M.R. & SANTOS, W.B. Educação sexual e currículo de ciências/biologia: desafios à prática docente. Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação, v. 13, p. 1149, 2018.

OLIVEIRA, J.S. & SANTOS, J.V. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Estado da Bahia, no período de 2010 a 2013. Revista Eletrônica Atualiza Saúde, v. 2, p. 20, 2015.

OLIVEIRA-JR, E.B. *et al.* Incidência da sífilis: um estudo de caso do município de Guaçuí, Espírito santo, Brasil. Acta Biomedica Brasiliensia, v. 8, p. 1, 2017.

PADOVANI, C. *et al.* Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 26, e3019, 2018.

RODRIGUES, M.O. *et al.* Conhecimento dos adolescentes de uma escola da rede pública sobre as principais doenças sexualmente transmissíveis. Revista de Enfermagem do Centro oeste Mineiro (RECOM), v. 3, p. 1268, 2015.

RODRIGUES, M. *et al.* Atuação de enfermeiros no acompanhamento da sífilis na atenção primária. Journal of Nursing UFPE, v. 10, p. 1247, 2016.

RODRIGUES, A.B. *et al.* ludicidade aplicada ao ensino do corpo humano: orientação e divulgação dos métodos contraceptivos para prevenção da gravidez precoce e doenças sexualmente transmissíveis em escolares amazônicos. Cadernos de Educação, v. 16, n. 33, 2017.

ROWLEY, J. *et al.* Chlamydia, gonorrhoea, trichomoniasis and syphilis: global prevalence and incidence estimates, 2016. Bull World Health Organ, v. 97, p. 548, 2019.

SILVA. L.C.V.G. *et al.* Perfil dos casos de sífilis congênita em um município do sul de Mato Grosso. Journal Health NPEPS, v. 2, p. 380, 2017.

SILVA, L.C.V.G. *et al.* Perfil epidemiológico da sífilis congênita. Revista de Enfermagem UFPE, v. 13, p. 604, 2019.

SOUZA, B.S.O. *et al.* Análise epidemiológica de casos notificados de sífilis. Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica, v. 16, p. 94, 2018.

TEIXEIRA, M.A. *et al.* Epidemiological and sociodemographic profile of children infected congenital syphilis in Jequié/Bahia. Revista Saúde.com, v. 11, p. 303, 2015.

TORQUATO, B.G.S. *et al.* O saber sexual na adolescência. Revista Ciência em Extensão, v. 13, p. 54, 2017.

CAPÍTULO 29

PRINCIPAIS AGENTES ETIOLÓGICOS DA MENINGITE NA REGIÃO SUDESTE: UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO

Maria A C Lima[1], Thaís F S Vieira[1], Yasmim L F Cestari[1], Laryssa F de O Sousa[1], Monalysa da C Nascimento[1], Isabela de M Santos[1], Camilla R S de Souza[1], Evelen R de S Santos[1], Halley F Oliveira[2]

[1] Discentes de Medicina, Universidade Tiradentes, Aracaju/SE.
[2] Docente do Departamento de Medicina, Universidade Tiradentes, Aracaju/SE.

Palavras-chave: *Meningite; Epidemiologia; Imunização.*

1. INTRODUÇÃO

A meningite expressa a ocorrência de um processo inflamatório das meninges, finas membranas de tecido conjuntivo – dura-máter, aracnoide e pia-máter – que revestem o encéfalo e a medula espinhal, tendo como objetivo protegê-los. Uma vez comprometidas por microrganismos patogênicos, que, por alguma razão, conseguem vencer as defesas do organismo, as membranas desenvolvem a inflamação. É válido mencionar que é uma das doenças que apresentam altas taxas de morbidade e mortalidade, dentre as infecções do sistema nervoso central (SANTOS, 2007).

A meningite pode ser causada por agentes infecciosos, como bactérias, vírus, fungos, e agentes não infecciosos como, por exemplo, traumatismo. Do ponto de vista da saúde pública nacional e mundial, pelo potencial de produzir surtos, as meningites infecciosas são as mais importantes. Todos os casos suspeitos devem ser notificados e investigados minuciosamente (SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, 2012).

Quando se trata de casos de meningite viral, mais da metade deles são causados por enterovírus. Entretanto há outros grupos como vírus do grupo herpes, arbovírus, vírus do sarampo e adenovírus que podem causar a inflamação das meninges. Geralmente, as meningites de etiologia viral têm o desenvolvimento de um curso clínico benigno. Em contrapartida, as de etiologia bacteriana são caracterizadas por maior gravidade, evoluindo para sequelas neurológicas permanentes ou óbito. Sabe-se que os principais patógenos causadores da meningite bacteriana são *Streptococcus pneumoniae, Neisseria meningitidis* e *Haemophilus influenzae* (CORDEIRO, 2013; BRASIL, 2019).

É válido mencionar que qualquer faixa etária pode contrair meningite, entretanto, o risco é maior entre crianças menores de 5 anos, principalmente até um ano de idade (BRASIL, 2019). Ressalta-se a grande incidência no primeiro mês de vida devido a uma série de peculiaridades do recém-nascido, como baixo peso ao nascimento, infecções pré-existentes maternas ou neonatais e prematuridade (KREBS & TARICCO, 2004).

De acordo com o Ministério da Saúde (2019), a meningite é uma síndrome em que, geralmente, o quadro clínico caracteriza-se por febre alta e persistente, cefaleia intensa, vômitos, náuseas, perda do apetite, agitação, grande sensibilidade à luz, torpor e sinais de irritação meníngea, acompanhados de alteração do líquido cefalorraquiadiano (LCR). Dependendo do grau de comprometimento encefálico, o paciente poderá apresentar paralisias, tremores, transtornos pupilares, convulsões, entre outros. As crianças normalmente permanecem quietas, pouco ativas e quando recém-nascidos, pode ocorrer o abaulamento da fontanela e a diminuição da sucção em lactentes (SANTOS, 2007; PARANÁ, 2020).

A principal forma de prevenir a meningite é por meio da vacinação. Essas vacinas estão presentes no calendário vacinal infantil, tanto da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), quanto da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm). Além de serem extremamente necessárias para público infantil, em alguns casos, como em surtos comunitários, a SBIm recomenda doses de reforço, mesmo naqueles que já tiveram a doença, visto que a quantidade de anticorpos diminui com os passar dos anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES, 2020).

Hodiernamente, há cinco grupos vacinais para prevenção da meningite (SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES, 2020/2021; PROGRAMA

NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO, 2020): (1) Combinadas à tríplice bacteriana (penta ou hexavalente): previnem a meningite por *Haemophilus Influenzae* tipo B e outras doenças como difteria, tétano e coqueluche; (2) Pneumocócicas conjugadas (VPC10 e VPC13): protegem das formas de infecção invasiva por penumococos, incluindo a meningite pneumocócica, que é a segunda forma mais comum de meningite bacteriana no Brasil; (3) Meningocócica C conjugada, meningocócica conjugada ACWY e meningocócica B: previnem os principais sorogrupos de meningococos que podem causar a doença meningocócica; (4) Vacina *Haemophilus influenzae* tipo B (Hib): protege contra uma forma de meningite atualmente muito rara no Brasil, a causada pelo *Haemophilis Influenzae* tipo B. A prevenção contra essa bactéria está presente também nas combinações penta e hexavalente, além de formas isoladas para atualização vacinal de indivíduos que possuem risco aumentado para essa infecção; e (5) BCG (Boston Consulting Group), que previne meningites causadas por algumas formas graves de tuberculose, como por exemplo a forma tuberculosa e a miliar.

É válido mencionar que o tratamento da meningite varia de acordo com a sua etiologia, sendo que antibioticoterapia empírica deve ser realizada o mais precocemente possível, com preferência, após punção lombar e coleta de sangue para hemocultura. O tratamento antibacteriano é feito com base no conhecimento dos agentes bacterianos prevalentes na comunidade, no perfil de suscetibilidade antimicrobiana e na faixa etária. Sua duração varia de acordo com o agente isolado e deve ser individualizada de acordo com a resposta clínica. Ademais, é realizado tratamento de suporte, como reposição de líquidos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

O objetivo desse estudo foi realizar uma análise epidemiológica quantitativa, com enfoque etiológico dos casos de meningite na região mais populosa e de maior prevalência, a região Sudeste, entre os anos de 2009-2019. Para essa finalidade, utilizou-se dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS) através do site informações em saúde (TABNET).

2. MÉTODO

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo em que foi utilizado o método quantitativo sobre a meningite na região Sudeste entre os anos de 2009 e 2019, com

enfoque nas etiologias. Para isso, realizou-se um levantamento dos dados disponíveis no site informações em saúde (TABNET) por meio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS), o qual dispõem de informações para análises da situação sanitária, para que através disso seja possível realizar programas de ações de saúde.

Os dados sobre os casos confirmados e notificados de meningite são disponibilizados pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), o qual permite o diagnóstico dinâmico, que pode ajudar na explicação causal dos agravos de notificação compulsória e indicar os fatores de riscos para os indivíduos, possibilitando criar o perfil epidemiológico de determinado agravo para uma área. É válido mencionar que a doença meningocócica e outras meningites são doenças de notificação compulsória, conforme a Portaria nº. 204 de 17/02/2016, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde - SVS/MS, devendo ser notificada de forma imediata (em até 24 horas, a partir do conhecimento da ocorrência de doença, pelo meio de comunicação mais rápido) para Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e para Secretaria Estadual de Saúde (SES) (BRASIL, 2016).

Além do objetivo de correlacionar o número de casos e o desfecho dos casos com o agente etiológico, foram consideradas outras variáveis: sexo (masculino, feminino); faixa etária (< 1 ano, entre 1 e 10, entre 10 e 20, entre 20 e 40 anos, entre 40 e 60 anos e > 60 anos); raça/cor (branca, preta, amarela, parda, indígena); critério confirmatório (cultura, contra-imuneletroforese cruzada, aglutinação pelo látex, clínico, bacterioscopia, quimiocitológico, clínico-epidemiológico, isolamento viral, reação em cadeia polimerase viral, outra técnica); e evolução (alta, óbito por meningite, óbito por outra causa). Referente à etiologia, deve-se levar em consideração: MCC (meningococcemia), MM (meningite meningocóccica), MM+MCC (meningite meningocócica e meningococcemia), MB (meningite bacteriana), MNE (meningite não especificada), MV (meningite viral), MOE (meningite por outra etiologia), MH (meningite por hemófilos), MP (meningite por pneumococos). Outrossim, existe a questão do sorogrupo, o qual pode ser A, B, C, X, Y, Z, W135, e 29 E. É válido mencionar que em todas as variáveis possui a opção ignorado/em branco.

Referente aos dados, foi utilizado o programa Microsoft EXCEL® para realizar a tabulação e à análise deles por meio da frequência absoluta e relativa.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram notificados 204.509 casos confirmados no período de 2009 a 2019 no Brasil, sendo que 109.514 foram na região Sudeste, o que corresponde a aproximadamente 53,5% do número de casos total. Esse dado apresenta-se em concordância com o estudo realizado por Dazzi *et al* (2014), o qual verificou que a região Sudeste do Brasil obteve aproximadamente 52,57% do total de casos confirmados de meningite, no período de 2009 a 2012, sendo que o estado que mais notificou foi o estado de São Paulo, representando 39,34% do total.

A região sudeste é a região mais populosa do país. Esse fato pode ser o motivo pelo qual essa região tenha o maior número absoluto de casos, embora o acesso a diagnóstico possa ser um fator dificultador e a subnotificação dos casos seja uma realidade em todo país (GONÇALVES E SILVA & MEZZAROBA, 2018).

Como mostrado na Tabela 1, aproximadamente 58,7% dos casos foram no sexo masculino, enquanto 41,3% no feminino. Não há consenso na literatura que explique de fato tais achados (PERECIN *et al.*, 2010).

No entanto, em uma revisão dos casos de meningite meningocócica na cidade de São Paulo no século XX, a distribuição por sexo também foi semelhante e os autores afirmaram que, provavelmente, isso decorreu da maior exposição de jovens e adultos do sexo masculino a situações de risco relacionadas ao trabalho. Há diversos tipos de ocupação em que predominam os trabalhadores do sexo masculino, tais como a construção civil, extração de petróleo, mineração e outras, nas quais as condições de confinamento e aglomeração favorecem a transmissão dos meningococos (MORAES & BARATA, 2005).

Tabela 1. Distribuição dos casos de meningite de acordo com o sexo e a raça/cor na região Sudeste entre 2009 e 2019

Variáveis	Número	Percentual (%)
Sexo		
Masculino	64.312	58,72
Feminino	45.179	41,26
Ignorado/em branco	23	0,02
Cor/raça		
Branca	53.822	49,15
Preta	4.960	4,53
Parda	649	0,59
Amarela	21.626	19,75
Indígena	136	0,12
Ignorado/em branco	28.321	25,86

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

A Tabela 1 também contém os dados referente à raça/cor dos casos confirmados notificados. Dado isso, evidencia-se que a raça branca se sobressaiu em relação às outras, sendo mencionada em cerca de 49% dos casos. Contudo, é válido ressaltar o alto percentual (26%) dos casos que tiveram a variável ignorada/em branco. Na literatura, o estudo de Dazzi *et al* (2014), que abrangeu todo o país, verificou que 43,05% dos casos corresponderam à pacientes da raça branca, seguido da raça parda com 28,37% dos casos.

Já na Tabela 2, é possível notar uma prevalência maior na faixa etária entre 1 e 10 anos, correspondendo a 36% dos casos confirmados, seguida por entre 20 e 40 anos, com 17% das notificações.

O predomínio em menores de dez anos é amplamente descrito na literatura. Os menores de um ano são mais suscetíveis pois os anticorpos maternos persistem apenas até os três meses de idade e eles ainda não têm imunidade adquirida. Além disso, a atividade bactericida é menor entre os 6 e os 24 meses de idade, facilitando a ocorrência de quadros infecciosos invasivos antes dos dois anos de idade. Vale ressaltar que, na ocorrência de epidemias, uma característica marcante é o acometimento de grupos etários que não costumam ser afetados no período endêmico, refletindo o aumento da circulação do agente e, provavelmente, a maior patogenicidade das cepas (MORAES & BARATA; 2005).

Tabela 2. Número de casos notificados de acordo com a faixa etária no Sudeste de meningite entre 2009 e 2019

Faixa etária	Total (n)	Percentual (%)
Menor que 1 ano	17.013	15,54
Entre 1 e 10 anos	39.550	36,11
Entre 10 e 20 anos	12.502	11,42
Entre 20 e 40 anos	18.638	17,02
Entre 40 e 60 anos	14.101	12,87
Maior que 60 anos	7.597	6,94
Ignorado/Em branco	113	0,10

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Já no início da fase adulta, o número de casos aumenta devido ao período de imunização da vacina chegar ao fim, já que a vacinação ocorre normalmente na infância. Nos idosos, a incidência da meningite é menor do que em outras faixas etárias. Porém vale ressaltar que, devido a seu sistema imune ficar cada vez mais vulnerável, o agente etiológico pode instalar-se de maneira mais fácil e rápida (RODRIGUES, 2015).

Há várias formas de confirmar o diagnóstico dos casos suspeitos de meningite. Além disso, é importante conseguir identificar o agente etiológico da infecção, a fim de direcionar a terapêutica. Dado isso, o exame quimiocitológico foi realizado em mais de 60% dos casos confirmados notificados entre 2009 e 2019, seguido pela cultura, com aproximadamente 13% e pelo clínico com cerca de 9% (Tabela 3).

Tabela 3. Métodos utilizados para o diagnóstico de meningite na região Sudeste entre 2009 e 2019

Critério confirmatório	Número	Percentual (%)
Cultura	14.143	12,91
Contra-imuneletroforese cruzada (CIE)	541	0,49
Aglutinação pelo látex	4.181	3,81
Clínico	10.023	9,15
Bacterioscopia	2.317	2,12
Quimiocitológico	67.292	61,45
Clínico-epidemiológico	1.873	1,71
Isolamento viral	218	0,12
Reação de Cadeia Polimerase Viral	6.833	6,24
Outra técnica	1.848	1,69
Em branco	245	0,22

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Por se tratar de uma doença que pode levar ao óbito, foi analisada a variável correspondente à evolução dos casos. Após a suspeita de meningite, a terapêutica empírica, a qual é baseada no agente etiológico provável de acordo com a idade, é uma prática aceita, visto que reduz a morbimortalidade da doença.

Dado isso, na Tabela 4, é visto que mais de 79% dos casos confirmados evoluíram para alta. Contudo, no Brasil ainda é significante o número de casos nos quais não se identifica o agente etiológico (FARIA & FARHAT; 1999).

Tabela 4. Evolução dos casos de meningite no Sudeste entre 2009 e 2019

Evolução	Número	Percentual (%)
Alta	86.574	79,06
Óbito por meningite	10.257	9,36
Óbito por outra causa	3.546	3,24
Ignorado/Em branco	9.137	8,34

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

A identificação dos agentes etiológicos muitas vezes é impossibilitada devido ao uso indiscriminado de antibióticos, das técnicas de coleta e armazenamento inadequados do LCR e dificuldades técnico-operacionais dos próprios laboratórios. A não identificação do agente pode comprometer a boa evolução da doença, já que o diagnóstico precoce da meningite e a instituição rápida da terapia específica são fundamentais para um prognóstico mais favorável da doença, vista sua alta morbimortalidade e alto índice de sequelas (FRANCO *et al*., 2006).

Ao avaliar o ano em que ocorreu o maior número de casos confirmados (notificados na Tabela 5), nota-se que foi o de 2012, totalizando 12.209 casos, o que corresponde a 11,1% dos casos notificados entre 2009 e 2019. Entretanto, é válido mencionar que, referente à mortalidade, 2012 estava entre os três primeiros anos com menor percentual de óbitos por meningite, sendo que o período entre 2009 e 2011 obteve o maior percentual de óbitos por casos.

Tabela 5. Número dos casos de meningite e percentual de óbitos de acordo com o ano

Ano	Número de casos	Percentual de óbitos por meningite / casos (%)
2009	10.456	10,34
2010	11.090	10,42
2011	10.907	10,30
2012	12.209	8,72
2013	10.286	9,49
2014	10.126	9,07
2015	8.225	9,70
2016	8.804	9,03
2017	8.962	9,62
2018	10.063	7,75
2019	8.386	8,36

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Dito isso, cabe ressaltar que os sistemas de informações são vitais para a análise e o monitoramento das condições de saúde da população. O SINAN é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da Lista Nacional de Doenças de Notificação Compulsória, da qual faz parte a meningite. A partir dos dados disponíveis no SINAN, são realizados os processos de estimação de indicadores clínico-epidemiológicos das doenças de notificação compulsória, passíveis de serem comprometidos pela subnotificação e/ou subdiagnóstico dos casos no sistema de informação (EMMERICK *et al.*, 2014).

Já na Tabela 6, é possível notar as principais etiologias e sorogrupos que acometeram os indivíduos da região Sudeste no período analisado. Nota-se que a meningite viral foi responsável por aproximadamente 50% dos casos confirmados, sendo que, ao analisar o ano de 2009 e de 2019, a mesma foi a etiologia mais frequente, correspondendo a aproximada e respectivamente, 56% e 42% dos casos confirmados. Referente ao sorogrupo, que é identificado apenas na doença meningocócica, sendo que o sorogrupo C mostrou-se com maior prevalência.

Tabela 6. Distribuição dos casos de meningite de acordo com a etiologia e o sorogrupo no Sudeste entre 2009 e 2019

Etiologia	MCC	MM	MM+MCC	MTBC	MB	MNE	MV	MOE	MH	MP	IGN/Em branco
Número	4.164	4.927	4.147	1.454	16.315	12.363	54.674	2.937	847	7.095	559
Percentual	3,80	4,50	3,79	1,33	14,91	11,29	49,93	2,68	0,77	6,49	0,51
Sorogrupo	A	B	C	X	Y	Z	W135	29 E	-	-	IGN/Em branco
Número	19	1.387	5.029	1	183	1	397	10	-	-	102.487
Percentual	0,02	1,26	4,60	0,001	0,167	0,001	0,361	0,01	-	-	93,58

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Embora as meningites bacterianas sejam as de maior mortalidade, as de maior prevalência são as meningites virais (DAZZI *et al.*, 2014). As meningites virais geralmente apresentam gravidade menor em relação às bacterianas e podem, ainda, aparecer na forma de um surto. A taxa de letalidade das meningites bacterianas varia entre 3% e 19% em ambientes industrializados, podendo chegar a 60% em países com recursos mais precários, sendo que nestes as sequelas neurológicas atingem até 65% dos pacientes (NESI *et al.*, 2016; BIAUKULA *et al.*, 2012).

Dessa maneira, assume fundamental importância a possibilidade de prevenção dessa infecção através de vacinas. Motivados pelo aumento das taxas de incidência de doença meningocócica causada pelo sorogrupo C, alguns países introduziram em seu calendário de rotina as novas vacinas conjugadas contra o meningococo C, o que representou um enorme avanço na possibilidade de controle da doença meningocócica causada por este sorogrupo (SÁFADI *et al.*, 2012).

4. CONCLUSÃO

Pelos altos índices de meningite que ainda persistem, em especial na região Sudeste, mostra-se que a imunização da população é fundamental, sobretudo das crianças, que são as mais acometidas com a doença, para que que esses números finalmente caiam.

É imprescindível, também, a promoção de políticas públicas que visem aumentar o acesso ao atendimento e a correção da subnotificação, que ainda persevera.

Além disso, é necessária a melhoria dos serviços de saúde para diagnóstico etiológico da doença, pois nota-se que na região Sudeste ainda é alta a taxa de meningite com a etiologia não identificada, mesmo havendo testes disponíveis para isso. Sabe-se que a definição da etiologia é indispensável para que o tratamento seja realizado com direcionamento e consequências sejam evitadas.

5. REFERÊNCIAS

BIAUKULA, V.L. *et al.* Meningitis in children in Fiji: etiology, epidemiology and neurological sequelae. International Journal of Infectious Diseases, v. 16, p. 289, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Meningite: o que é, causas, sintomas, tratamento, diagnóstico e prevenção. Saúde de A a Z. Brasília. 2019. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/meningites.>. Acesso em: 13 ago. 2020.

CORDEIRO, A.P. Pesquisa de biomarcadores e alvos terapêuticos para as meningites por meio da proteômica comparativa do líquor de pacientes. Orientador: Roney Santos Coimbra. Dissertação (dissertação em Biologia Celular e Molecular) – Fiocruz. Belo Horizonte, p.27. 2013. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/7607.>. Acesso em: 13 ago. 2020.

DAZZI, M.C. *et al*. Perfil dos Casos de Meningites Ocorridas no Brasil de 2009 a 2012. Uningá Review, v. 19, p. 33, 2014.

EMMERICK, I.C.M. *et al*. Estimativas corrigidas de casos de meningite, Brasil 2008-2009. Epidemiologia e Serviços de Saúde; v. 23, p. 215, 2014

FARIA, S.M & FARHAT, C.K. Meningites bacterianas – diagnóstico e conduta. Jornal de Pediatria, v. 75, p. 46, 1999.

FRANCO, M.C.A. *et al*. Prevalência de Meningite em crianças no Hospital Universitário João de Barros Barreto, período de 1995 a 2004. Revista Paraense de Medicina, v. 20, p. 33, 2006.

GONÇALVES E SILVA, H.C.& MEZZAROBA, N. Meningite no Brasil em 2015: o panorama da atualidade. Arquivos Catarinenses de Medicina, v. 47, p. 34, 2018.

KREBS, V.L.J. & TARICCO, L.D. Fatores de risco para meningite bacteriana no recém-nascido. Arquivos de Neuro-Psiquiatria, v. 62, p. 630, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância em saúde. Brasília, 2019. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/junho/25/guia-vigilancia-saude-volume-unico-3ed.pdf.>. Acesso em: 30 ago. 2020.

MORAES, J.C. & BARATA, R.B. A doença meningocócica em São Paulo, Brasil, no século XX: características epidemiológicas. Cadernos de Saúde Pública, v. 21, p. 1458, 2005.

NESI, W.M. *et al.* Prevalência de meningite em pacientes admitidos na emergência de um hospital infantil do sul de Santa Catarina no período de 2012 a 2013. Arquivos Catarinenses de Medicina v. 45, p. 93, 2016.

PARANÁ. Secretária de Saúde. Meningite. Conteúdo Informativo. Curitiba. 2020. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Meningite.>. Acesso em: 13 ago. 2020.

PERECIN, G.E.C. *et al.* Situação epidemiológica das meningites por *Haemophilus influenzae* B na Direção Regional de Piracicaba - São Paulo. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 44, p. 642, 2010.

RODRIGUES, E.M.B. Meningite: Perfil Epidemiológico da Doença no Brasil nos Anos de 2007 a 2013. 2015. 16 f. TCC (Graduação) - Curso de Biomedicina, Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2015. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/235/6853/1/21202644.pdf.> Acesso em: 13 ago. 2020.

SÁFADI, M.A.P. *et al*. Análise crítica das recomendações do uso das vacinas meningocócicas conjugadas. Jornal de Pediatria, v. 88, p. 195, 2012.

SANTOS, A.V. Meningites. Trabalho de Conclusão de Curso (MBA em Farmácia) - FMU. São Paulo, p. 8. 2007. Disponível em: <https://arquivo.fmu.br/prodisc/farmacia/avs.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2020.

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Ministério da Saúde. Meningites, 2012. Disponível em: <https://neurologiahu.ufsc.br/files/2012/10/MENINGITES_Guia-de-Vigil%C3%A2ncia-Epidemiol%C3%B3gica-da-Secretaria-de-Vigil%C3%A2ncia-em-Sa%C3%BAde-7%C2%AA-edi%C3%A7%C3%A3o.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES. Calendário de vacinação da criança. 2020/2021. Disponível em: <https://sbim.org.br/images/calendarios/calend-sbim-crianca.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES. Perguntas e respostas sobre meningites. Perguntas e respostas. São Paulo. 2020. Disponível em: <https://familia.sbim.org.br/vacinas/perguntas-e-respostas/meningite>. Acesso em: 13 ago. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Calendário de vacinação. 2020. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22268g-DocCient-Calendario_Vacinacao_2020.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2020.

CAPÍTULO 30

JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO CONTEXTO DA PSIQUIATRIA: CONCEPÇÃO DOS TRABALHADORES

Samuel H P Lopes[1], Lucíola G G C Feitosa[2], Fabrício I Tapety[2], Eliana C Lago[3], Rosa J Carvalho[4], Sandra C Pillon[5], Márcia A Fernandes[6]

[1] Mestre em Saúde da Família , Centro Universitário UNINOVAFAPI. Teresina/PI, Brasil.
[2] Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Centro Universitário UNINOVAFAPI. Teresina/PI, Brasil.
[3] Docente do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual do Maranhão. Caxias/MA.
[4] Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí, Teresina/PI.
[5] Docente do Curso de Graduação Bacharelado em Enfermagem e Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto/SP.
[6] Docente do Curso de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí. Teresina/PI.

Palavras chave: *Judicialização da Saúde; Médicos; Custos de Cuidados de Saúde.*

1. INTRODUÇÃO

A judicialização da saúde é um tema que vem ganhando grande repercussão nos últimos anos principalmente pelos altos custos que esta tem causado ao Estado em suas três esferas.

Entende-se por judicialização da saúde as ações judiciais em que o Estado é réu em demandas de pacientes que buscam insumos, medicamentos, assistência em saúde, entre outras demandas a serem protegidas pelo direito à saúde. Por ser um fenômeno novo, merece um estudo mais aprofundado, com vistas a propiciar uma maior discussão e propor soluções para esse conflito (ASENSI & PINHEIRO, 2015). Ela vem causar um grande impacto nos gastos com saúde, além de preocupação e constrangimentos ao trabalhador em saúde (DINIZ *et al.*, 2014; WANG *et al.*, 2014).

A justiciabilidade desse direito fundamental ultrapassa os limites do Poder Judiciário quando do fornecimento de medicamentos, assistência médica e farmacêutica, analisando se há respeito aos princípios e se a decisão acarreta em ônus para o profissional de saúde (COSTA & SIQUEIRA, 2013).

O estudo realizado no Distrito Federal sobre as tendências do Poder Judiciário frente às demandas sobre judicialização do direito à saúde aponta que este fenômeno apresenta diversos aspectos integrados pelo mesmo conceito (DINIZ *et al.*, 2014).

Uma análise com o objetivo de investigar fatores relacionados ao deferimento de liminares por medicamentos no estado de Minas Gerais, Brasil, identificou diferença no deferimento das liminares a partir de variáveis processuais e clínicas, apontando tendências importantes no padrão de atuação judicial (COELHO *et al.*, 2014).

Nessa perspectiva, o objetivo do presente estudo consistiu em analisar a concepção de trabalhadores de saúde sobre o fenômeno da judicialização da saúde no contexto psiquiátrico.

2. MÉTODO

Estudo de abordagem qualitativa cujo cenário foi um hospital público psiquiátrico do nordeste brasileiro que possui 160 leitos, dos quais 56 estão à disposição da justiça.

Foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado em que foram entrevistados seis de um total de doze médicos plantonistas desse hospital. Destes, dois eram homens e quatro eram mulheres. O gestor da Secretaria de Saúde também foi consultado a respeito do assunto, totalizando, assim, em sete participantes. Utilizou-se como instrumento um roteiro de entrevista semiestruturado e procedeu-se a coleta de dados no período de maio a julho de 2017, em sala reservada dentro do próprio hospital. As entrevistas duraram em médias 15 minutos e foram gravadas. Ao final, foi questionado se algum participante gostaria de desistir da pesquisa ou mudar sua resposta, mas não houve desistências e nem mudanças.

Os dados foram organizados e analisados à luz do conteúdo de Bardin. Esse método está imbricado na pesquisa qualitativa e apresenta características singulares, dentre elas, destaca-se, primordialmente, que o seu foco seja identificar as percepções dos

sujeitos sobre determinado objeto e seus fenômenos, bem como qualificar suas vivências. Com base no método proposto por Bardin, a análise dos dados foi realizada em três momentos distintos: pré-análise, descrição analítica e interpretação referencial (BARDIN, 2011).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob parecer n º 2.036.917- CAAE- 67042117.7.0000.5210. Para preservar o anonimato, foi utilizado o sistema alfanumérico na apresentação das falas dos médicos, por meio da letra T, acompanhada de numeração (T1, T2, T3...), conforme a ordem das entrevistas.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. Categoria 1- Judicialização da saúde e o ônus profissional atribuído aos médicos: a percepção do médico e da gestão sobre a judicialização

Nas entrevistas feitas com os médicos, o primeiro questionamento foi como eles avaliavam as ações judiciais naquela unidade hospitalar, se acham positivas ou negativas. A resposta foi praticamente unânime em avaliar de forma negativa as ações da justiça, principalmente, em virtude de que, em caso de descumprimento do mandado, o médico pode sofrer consequências, como sofrer prisão, embora nunca tenha ocorrido. Percebeu-se, também, que os profissionais com menor tempo de formação ficam mais nervosos com as decisões judiciais. Enquanto os médicos mais antigos pareciam mais habituados e informaram apenas cumprir a decisão sem questionar, mesmo sendo contrários à decisão.

> Eu acredito que não seja atribuição, podendo até sugerir, ajudar a família, mas impor isso...Eu acho que a gente se sente até meio invadida na nossa área, porque a indicação de internação é uma indicação médica. (T1)

> Já tive colega processado, ameaçado de prisão, colega que pediu exoneração por não aceitar as determinações e constantes ameaças. (T3)

> Nem dá para dizer tudo, nem nada, é ponderado, por exemplo, medicamento é uma área que judicializar faz sentido, por mais que o Estado tenha custo com isso, por que ele deve garantir saúde para todos. Nesse ponto acho certo, mas judicializar internação, um leito, aí você joga a culpa para o profissional, e se não tiver um leito, e aí? O estado vai responder, mas não o profissional que está na ponta. (T6)

Corroborando com a pesquisa realizada, profissionais da central de regulação e gestores de um hospital público universitário relatam como eles sentem-se aterrorizados diante das medidas judiciais, com medo de serem punidos ou até presos em caso de descumprimento da ação legal. Destacam que a judicialização burocratiza seu trabalho, até por não seguir os fluxogramas dos serviços ou aos critérios clínicos para sua execução, além de gerar estresse ocupacional (RAMOS & GOMES, 2014).

Na pesquisa em tela foi possível constatar que do ano de 2016 para 2017, diminuíram os mandados judiciais nesse hospital. Fruto do provimento nº 09, de 28 de abril de 2016 da Corregedoria do Tribunal de Justiça do Estado, que disciplinou o procedimento para a execução, a avaliação e o acompanhamento das medidas terapêuticas cautelares, provisórias ou definitivas, aplicáveis judicialmente à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, no âmbito da rede de atenção psicossocial, das clínicas, instituições e hospitais psiquiátricos vinculados, ou não, ao Sistema Único de Saúde, alterando o Código de Normas da Corregedoria-Geral de Justiça. Conforme o Art. 461, III, parágrafo 1º, o juiz buscará evitar internação hospitalar integral até que medidas de tratamento extra-hospitalares tenham se esgotado, como tratamento em serviços de atenção diária ou ambulatorial. Dessa forma, a Corregedoria do Tribunal de Justiça, em acordo com a Secretaria de Justiça e Saúde, regulamentou protocolos para internação compulsória de pacientes, devendo sempre esta medida ser a última a ser tentada.

As medidas judiciais constituem ônus atribuído ao profissional de saúde, que tem que cumprir tal decisão, mesmo o hospital não dispondo de leito para tal. Nesse sentido, os profissionais são contrários às determinações judiciais naquele hospital.

Pesquisadores contrários à judicialização afirmam que ela atrapalha o planejamento do Estado, desorganiza o serviço de saúde, aumenta os custos, viola alguns princípios do Sistema Único de Saúde- SUS, como a equidade, privilegia alguns laboratórios e tratamentos e beneficia as elites (FERRAZ & VIEIRA, 2009; CHIEFFI & BARATA, 2010). Em contrapartida, existem aqueles favoráveis à judicialização, principalmente advogados e pacientes, além de estudiosos sem vínculo com o Estado. Biehl e Petryna (2016) destacam a luta dos pacientes portadores de mucopolissacaridose; Guimarães e Sobrinho (2013) afirmam que é dever solidário dos três entes estatais

garantir o acesso a medicamentos, e Fleury (2012) afirma que a judicialização pode salvar o SUS.

Participantes também questionam que, além da falta de qualificação técnica do judiciário para indicar internação, algumas vezes existe determinação judicial amparada em laudo médico, oriunda de comarcas do interior do Estado, realizados por médicos clínicos gerais, sem domínio da especialidade de psiquiatria, o que não desqualifica o profissional ou sua atitude, mas dá margem a uma maior possibilidade de erro.

Outra inquietação dos participantes no decorrer das entrevistas se referia à política de desinstitucionalização do Ministério da Saúde (MS), que preconiza a redução de leitos de internação em hospitais psiquiátricos, objeto da Lei Federal 10.216/2001, sendo que as determinações judiciais vão de encontro quando impõem a internação das pessoas com transtorno mental.

> Olha, diminuir leito psiquiátrico sem ter uma rede preparada para acolher o paciente não faz sentido. Existem muitos que tem essa necessidade. (T4)
>
> Quando o paciente é cardíaco chega num hospital com uma crise, ele precisa ficar em observação, outras vezes tem que ficar internado para fazer exames mais complexos, para estabilizar a crise. Isso acontece com o paciente que possui doença mental, algumas vezes a internação é a conduta médica mais adequada para aquela situação. (T2)

Não bastasse, há outra questão constrangedora que interfere na dinâmica hospitalar, e diz respeito às altas médicas que, mesmo liberadas pelos profissionais médicos, os internados compulsoriamente assim permanecem ocupando leitos desnecessariamente e de forma prolongada por falta de providências da justiça para a desinterná-los, apesar das insistentes comunicações de alta melhorada e cessão de periculosidade. Fato que compromete novas internações daqueles da demanda espontânea que, de fato, necessitam.

> Várias vezes o paciente recebe alta médica, é informado ao juiz, mas este não sai porque está “internado” judicialmente. Têm pacientes que ficam dois ou três meses aqui, e até mais tempo. É comum receber alta médica, mas sem decisão judicial para desinternar. (T1)
>
> Muitas ordens judiciais para internação são prolongadas, desnecessariamente, mesmo sem indicação médica. (T6)
>
> Às vezes, acontece de o paciente ter inicialmente demanda de internação, mas por um motivo ou outro, melhora, teve atendimento em outro local, só que a ordem continua correndo e quando chega aqui já está com ordem de internação e você vê

> que o paciente já está bem, você vê que não tem necessidade, mas com a ordem tem que obedecer! (T2)
>
> Impacto social é exatamente a internação prolongada e a espera da decisão de soltura, o que diretamente impacta o financeiro. Impacta no processo de alta hospitalar, encontrando-se pacientes estáveis aguardando alvará de soltura, isto provoca desrespeito à equipe de saúde. (T5)

Nota-se, portanto, uma dupla competência para a liberação do paciente: a do médico e a do juiz. A falta diálogo entre o poder judiciário e médicos e constata que a manutenção de paciente de alta médica dentro de hospital não favorece a instituição, causa mal-estar entre os profissionais e dificulta o serviço (FORTES, 2010).

A mediação constitui-se como ferramenta fácil para a superação dos obstáculos, ao promover entendimento entre o setor judiciário e de saúde e que implica na celeridade na resolução dos problemas dos requerentes e atendimento de suas necessidades (OLIVEIRA *et al.*, 2019a).

3.2. Categoria 2- Demandas de saúde contra o Estado *versus* Saúde: direito de todos e dever do Estado

Uma das questões abordadas na pesquisa se referiu sobre se as decisões judiciais violam os princípios doutrinários do SUS. A resposta “sim” foi unânime. Os entrevistados, assim, entendem que as ações violam esses princípios, pois ultrapassam os critérios médicos em virtude de uma ordem judicial. O gestor da saúde, inclusive, considera que a judicialização, sobrepõe o individual em detrimento ao coletivo. Fato que viola a equidade.

Nesse sentido, as ações individuais comprometem os princípios do SUS, como o princípio da universalidade, por beneficiar uma minoria em detrimento do coletivo (FERRAZ & VIEIRA, 2009; CHIEFFI & BARATA, 2009). Quando um paciente com sentença judicial “fura” a fila de espera para internação, desrespeita a equidade, um conceito muito ligado à igualdade, à justiça e à necessidade.

Estudo realizado no Rio de Janeiro com gestores e profissionais de saúde de um hospital público universitário da rede estadual de saúde obteve resultados semelhantes ao desta pesquisa. Os participantes enfatizaram que a judicialização fortalece as desigualdades existentes no sistema, privilegia o direito individual frente ao coletivo, o

que ameaça os princípios do SUS, além de enfraquecer as políticas públicas de saúde (RAMOS *et al.*, 2016). Quanto à disponibilidade de leitos, o quantitativo já insuficiente fica ainda mais comprometido frente às demandas judiciais, agravado pela proibição de aberturas de novos hospitais ou leitos psiquiátricos.

No hospital em estudo, 56 leitos estavam ocupados por determinação judicial na data da pesquisa, dos 160 leitos disponíveis naquele serviço, uma média de 1/3 dos leitos ocupados por determinação judicial. As internações compulsórias representam grande problema no hospital em questão, das quais os pacientes são oriundos de sentença penal, pois cometeram crimes e estão sujeitos a medidas de segurança e os outros são por determinação de algum juiz civil por pessoas que estão causando perturbação à família, por serem dependentes químicos ou sofrerem de algum transtorno mental mais grave.

Muitas vezes esses pacientes representam um risco para a família e parentes, o que dificulta a convivência. Portanto, a internação é a solução para a família, embora se saiba que, com a Lei 10. 216, a política psiquiátrica prega a desospitalização, por conseguinte, a internação é exceção. Essa realidade de quantidade limitada de leitos é encontrada em todo o sistema de saúde brasileiro, que parece passar por uma crise de demanda, ou seja, existe uma procura muito maior do que a oferta e isso agrava o sistema de saúde.

A judicialização também acontece, em boa parte, pela busca de um serviço ou insumos escassos dentro do SUS. Para os críticos, esse "fenômeno" parece inverter a lógica do planejamento do Estado. E segundo um dos entrevistados, viola princípios do SUS, como o da equidade, já que pode beneficiar os mais ricos.

> Quando o juiz dá um direito a uma pessoa, prejudica o direito coletivo para todos [...]. O SUS é universal, integral. Ações direcionadas. Os pobres mais pobres e os ricos mais ricos. A maneira é prejudicial. (T7)

Isso evidencia o agravamento do acesso à saúde por pessoas de menor poder aquisitivo, que por não terem condições financeiras de arcar com ações judiciais, acabam tendo que utilizar o pouco do que tem para suprir suas necessidades em saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2019b). Em contrapartida, estudo realizado avaliando ações judiciais relacionadas à saúde no estado do Amazonas, pôde-se observar que não há elitização judicialização, já que os requerentes são representados por órgãos públicos que fazem a defesa dos direitos civis de forma gratuita (ARAÚJO & MACHADO, 2020).

Quanto aos tipos de demandas judiciais, o hospital estudado não recebeu aquelas relacionadas à dispensação de medicamentos. Contudo, as ações para internação compulsória de pessoas com transtorno mental são frequentes, em especial, aquelas com histórico envolvendo crimes, usuários de substâncias psicoativas, dentre outros. Já a Secretaria Estadual da Saúde recebe determinações judiciais diversas, sendo comum o de vagas para internação de pessoas com transtornos mentais em hospitais gerais e a compra do medicamento de marca.

> Muitos pais, mães e parentes vem até o hospital pedir para internar o filho, pois não tem condições de ficar com ele em casa. (T6)

> Muitas vezes se concede medicamentos que tem substituto terapêutico e sem evidência científica. Parece que o judiciário não tem muito parâmetro. Medicamentos fora do RENAME. O poder judiciário não observa a RENAME. Há evidências que medicamento tal melhora tal doença. Entram na justiça e se concede sem ANVISA, sem saber da eficácia. As decisões não obedecem ao rito da incorporação da medicação. O estado tem limites. O cidadão tem responsabilidade das patologias que ele tem. Imagine a pessoa que tem câncer de pulmão, vai olhar ele fumou 30/40 anos, será que ele se cuidou. Será que ele tem direito a exigir um dever do estado se ele não se cuidou.” (T7)

3.3. Categoria 3- Judicialização da saúde e a percepção da gestão estadual

O gestor de saúde entrevistado não avalia de forma positiva a judicialização da saúde, pois o planejamento do Estado para esse setor conta com limite de gastos e, assim, não pode atender a totalidade das demandas que são bastante elevadas.

> O estado trabalha com planejamento. Saúde é direito do cidadão e dever do Estado. Todo dia chegam demandas das mais diferentes. O estado não tem capacidade financeira para atender todas as demandas na sua totalidade. A saúde tem seu limite. Quando o juiz dá o direito a uma pessoa prejudica o direito coletivo para todos. (T7)

> O estado trabalha com planejamento. As decisões desorganizam o serviço, no nosso entendimento fere a constituição. Há uma discrepância entre o direito individual versus direito coletivo. (T7)

Para a gestão, o impacto da judicialização desorganiza o planejamento e o serviço da secretaria estadual da saúde. Quando se concede uma ação, o juiz opta por um direito individual em detrimento do interesse coletivo (FREITAS *et al.*, 2020).

Para que o estado se organize melhor, observe as necessidades que podem ser supridas sem que haja a judicialização e as que não podem, poderia ser feito um levantamento das principais demandas dessas ações judiciais e, assim, realizar um

planejamento estratégico e orçamentário para aprimorar os serviços e insumos prestados conforme seus deveres e, assim, reduzir o custo de saúde em casos em que a Justiça é acionada (AFONSO *et al.*, 2020).

Quando indagados sobre como a judicialização poderia ser mais bem empregada, os entrevistados destacaram que uma boa estratégia seria a formação de comitês técnicos, com médicos psiquiatras, para que se estabelecesse um diálogo com o poder judiciário e, dessa forma, buscar a melhor alternativa possível para o paciente que aciona a justiça sem que outros pacientes sejam prejudicados, seja para casos de internação ou necessidade de medicamentos específicos.

> Uma câmara, comitê técnico, com membros do ministério público, justiça, o médico para dizer a importância da medicação. As decisões às vezes vêm para comprar aquela marca, e não o genérico. (T7)

Iniciativa realizada no Ceará – CE com a implantação do Núcleo de Assistência da Judicialização na saúde, promovida pela Secretaria de Saúde do município junto ao Ministério Público, constitui-se como uma ação eficiente para a monitorização e melhor gestão dos gastos em saúde por meio da judicialização, ao minimizar seu impacto no orçamento municipal e aprimorar a gestão financeira do SUS (RODRIGUES *et al.*, 2020). Portanto, pode servir de inspiração para que outras cidades e estados se beneficiem da mesma forma.

4. CONCLUSÃO

A pesquisa concluiu que, em geral, os trabalhadores da saúde mental são contrários à intervenção judicial no contexto psiquiátrico. Tais interferências, como as decisões de internação compulsória, dificultam a organização do hospital em estudo. Assim como, na percepção do gestor da saúde a judicialização também desorganiza o planejamento financeiro do Estado.

É notória a insatisfação dos profissionais médicos ao manifestarem descontentamento com as determinações de internação pela justiça, visto que foge à atribuição do magistrado avaliar a necessidade de internação. Surgiu como sugestão a criação de câmara técnica para resolver as demandas e a necessidade da escuta do estado,

com vistas a melhorar a falta interlocução entre os órgãos e amenizar os conflitos e ameaças que sofrem esses profissionais de saúde.

5. REFERÊNCIAS

AFONSO, A.B.P. *et al*. Ações judiciais relacionadas às coberturas assistenciais na saúde suplementar. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 73, e20180748, 2020.

ARAÚJO, I.C.S. & MACHADO, F.R.S. A judicialização da saúde em Manaus: análise das demandas judiciais entre 2013 e 2017. Saúde e Sociedade, v. 29, e190256, 2020.

ASENSI, F.D. & PINHEIRO, R. Judicialização da saúde no Brasil: dados e experiência. In: Judicialização da saúde no Brasil: dados e experiência. Brasília; Conselho Nacional de Justiça; 2015. 142 p., Monografia em Português - Integralidade, Fiocruz 2015.

BARDIN, I. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições Setenta, 1994.

BIEHL, J. & PETRYNA, A. Tratamentos jurídicos: os mercados terapêuticos e a judicialização do direito à saúde. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, v. 23, p. 173, 2016.

CHIEFFI, A.L. & BARATA, R.C.B. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e eqüidade. Cadernos de Saúde Pública, v. 25, p. 1839, 2009.

CHIEFFI, A.L. & BARATA, R.C.B. Ações judiciais: estratégia da indústria farmacêutica para introdução de novos medicamentos. Revista de Saúde Pública, v. 44, p. 421, 2010.

COELHO, T.L. *et al*. Variáveis jurídicas e de saúde no deferimento de liminares por medicamentos em Minas Gerais. Revista de Saúde Pública, v. 48, p. 808, 2014.

COSTA, T.M. & SIQUEIRA, N.S. Uma análise da judicialização do direito à saúde: limites para a atuação dos juízes no fornecimento de medicamentos. Direitos sociais e políticas públicas II; FUNJAB, 2013.

DINIZ, D. *et al*. A judicialização da saúde no Distrito Federal, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 19, p. 591, 2014.

FERRAZ, L.M. & VIEIRA, F.S. Direito à saúde, recursos escassos e eqüidade: os riscos da interpretação judicial dominante. Revista da Assembleia Legislativa de Minas Gerais, v. 52, p. 223, 2009.

FLEURY, S. Judicialização pode salvar o SUS. Saúde em Debate, v. 36, p. 159, 2012.

FORTES, H.M. Tratamento compulsório e internações psiquiátricas. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 10, p. 321, 2010.

FREITAS, B.C. *et al*. A Judicialização da saúde nos sistemas público e privado de saúde: uma revisão sistemática. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 24, e190345, 2020.

GUIMARÃES, M. & SOBRINHO, L.L.P. Judicialização da saúde: direito a medicamento excepcional. Revista Eletrônica de Iniciação Científica, v. 4, p. 727, 2013.

OLIVEIRA, M.R.M. *et al*. Mediação como prevenção à judicialização da saúde: narrativas dos sujeitos do judiciário e da saúde. Escola Anna Nery, v. 23, e20180363, 2019a.

OLIVEIRA, L.C.F. *et al*. O acesso a medicamentos em sistemas universais de saúde – perspectivas e desafios. Saúde em Debate, v. 43, p. 286, 2019b.

RAMOS, R.S. *et al*. Access the unified health system actions and services from the perspective of judicialization. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 24, e2797, 2016.

RAMOS, R.S. & GOMES, A.M.T. A judicialização da saúde pública no Brasil: um estudo de representações sociais. Revista CUIDARTE, v. 5, p. 827, 2014.

RODRIGUES, N.L.P. *et al*. Avaliação econômica de um sistema de busca ativa para monitoramento de desfechos em demandas de saúde judicializadas. Einstein, v. 18, eGS5129, 2020.

WANG, D.W.L. *et al*. Os impactos da judicialização da saúde no município de São Paulo: gasto público e organização federativa. Revista de Administração Pública, v. 48, p. 1191, 2014.

CAPÍTULO 31

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES SUBMETIDAS AO EXAME PREVENTIVO CITOPATOLÓGICO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE EM JUIZ DE FORA – MG

Lavínia B Araújo[1], Rita M R Bastos[2]

[1] Discente de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – SUPREMA, Juiz de Fora – MG.
[2] Docente do Programa Integrador da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – SUPREMA, Juiz de Fora – MG.

Palavras-chave: *Epidemiologia; Ginecologia; Atenção Primária à Saúde.*

1. INTRODUÇÃO

O câncer de colo uterino (CCU) tem como causa mais frequente a infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV), sendo que dois tipos causam 70% dos CCU e lesões pré-cancerosas. É a terceira causa mais frequente de morte por câncer em mulheres de todo o mundo - 266.000 mulheres morrem a cada ano por essa patologia. No Brasil, segundo o INCA, são esperados 16.590 novos casos/ano de CCU para o triênio 2020 -2022, podendo chegar à 15,43 casos a cada 100 mil mulheres (INCA, 2020).

Até que programas de prevenção e controle do CCU possibilitem um acesso universal e livre de desigualdades, as grandes divergências das taxas de incidência e mortalidade existentes em diferentes áreas continuarão a afirmar a falta de serviços de saúde integrais e efetivos no país. Dessa forma, é imprescindível a realização de consultas periódicas que auxiliam na detecção precoce de alterações citopatológicas que podem levar ao CCU (OPAS, 2019; OPAS 2016).

Segundo o INCA, existe uma fase assintomática inicial da doença em que detecção de lesões precursoras do CCU podem ser feitas a partir do exame preventivo citopatológico (EPC). Caso seja diagnosticado na fase inicial há chances de cura de 100% para câncer cervical. Infelizmente, apesar dessa possível prevenção, muitas mulheres ainda morrem por esse câncer em muitos países, principalmente por barreiras de dificultam o acesso ao serviço e causas relacionadas à pobreza (INCA, 2020; NAVARRO *et al*., 2015).

A incidência e mortalidade relacionadas ao CCU caíram nos países que houve melhora da situação socioeconômica nos últimos 30 anos. Essa mudança está relacionada à implementação de políticas de incentivo ao rastreamento, diagnóstico precoce e tratamento em estágio inicial. Causas como paridade e uso de contraceptivos orais podem ser considerados fatores de risco para predisposição ao desenvolvimento do CCU (NAVARRO *et al*., 2015).

Hipóteses são formuladas acerca da baixa cobertura: percentual de mulheres realizando procedimentos em serviço privado devido à oferta insuficiente, dificuldade de locomoção até o serviço de atenção básica, tabus sociais, horários inflexíveis de funcionamento das UBS, burocracias em relação à marcação de consulta, barreira linguística e desinformação. As mensagens sobre educação em saúde e políticas nacionais podem influenciar na quebra de algumas dessas barreiras e influência nas estatísticas observadas (BRITO-SILVA *et al*., 2014; NAVARRO *et al*., 2015).

Dessa forma, para a realização de medidas efetivas que possam melhorar o rastreio e prevenção do CCU, além de outras patologias associadas ao colo do útero, é necessário traçar o perfil epidemiológico regional, direcionando e adequando a abordagem da equipe de saúde da família e atenção a certos padrões que podem vir a se desenvolver de acordo com fatores observados.

Com isso, foi feito um estudo com o objetivo de verificar alterações do EPC em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de Juiz de Fora – MG, e de traçar o perfil epidemiológico das pacientes submetidas ao exame.

2. MÉTODO

A metodologia foi baseada primeiramente em uma revisão de literatura na base de dados SciELO, com os descritores “alteração exame citopatológico”, “atenção básica”, sendo selecionados artigos dos últimos 10 anos e relacionados ao tema, além de dados do Controle Integral do Câncer de Colo de Útero da Organização Pan-Americana de Saúde e do INCA.

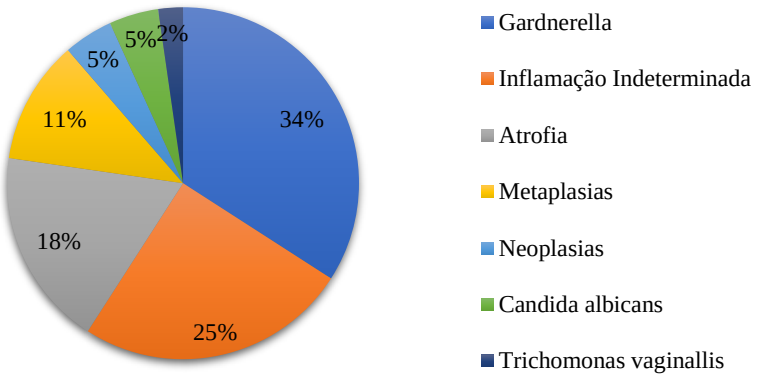
O estudo foi feito com uma amostra não probabilística, a partir de análise de prontuários de pacientes submetidas ao EPC entre agosto de 2017 e agosto de 2018, a partir da Ficha Clínica da Mulher (FCM) e Caderno de Controle de Registro dos EPC da UBS. Para análise estatística, utilizou-se o Microsoft Excel e para análise de dados o teste qui-quadrado de independência. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa pelo CAAE número 26779619.8.0000.5103.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após análise de 116 pacientes a partir do Caderno de Controle e Registro dos EPC, foram excluídas 58 devido à registro inadequado do número de prontuário médico e falta de FCM no prontuário da família, restando 58 pacientes entre 17 e 70 anos.

Em relação a alterações observadas no EPC, em cerca de 30% das pacientes não foram observadas, sendo considerado normal. No restante, tivemos algumas alterações visualizadas como infecção por *Gardnerella vaginalis* (25%), inflamação indeterminada (18,33%), atrofia (13,33%), metaplasias (8,33%), neoplasias (3,33%), *Candida albicans* (3,33%) e *Trichomonas vaginalis* (1,66%), como podemos observar no Gráfico 1.

Gráfico 1. Principais alterações visualizadas



Fonte: Araújo *et al.*, 2020.

Apesar do EPC ser utilizado para rastreamento do CCU, nos resultados e até mesmo durante o exame, é possível evidenciar tais alterações como as vaginoses relatadas, já que é necessário realizar o exame ginecológico e passagem de espéculo, tendo a visualização de todo o canal vaginal e colo uterino. Dessa forma, o EPC serve ainda como um método complementar e afirmativo para diagnóstico das vaginoses, além de ser possível fazer cultura a partir do EPC, como observado na Tabela 1.

Tabela 1. Vaginoses e EPC como complemento do diagnóstico

Vaginose	Exame Físico para Realização do EPC	Apresentação no Resultado do EPC
Gardnerella vaginalis	Leucorreia fluida, cinza ou branca. Caso teste de pH – maior que 4,5 Caso teste de Schiller - positivo	Presença de células-alvo no fluido ou esfregaço vaginais.
Candida albicans	Leucorreia esbranquicada com grumos. Caso teste de pH – menor que 4,5	Presença de espécies de *Candida* sp. em número aumentado.
Trichomonas vaginalis	Leucorreia esverdeada e bolhosa, apresentação de colpite focal. Caso teste de pH – maior que 5.	Presença de alterações citomorfológicas induzidas pelo *Trichomonas vaginalis*: rico em elementos polimorfonucleares e grande número de células epiteliais isoladas.

Fonte: PASSOS *et al.*, 2017

Dentre as neoplasias, uma paciente de 29 anos apresentava lesão de células escamosas de baixo grau, classificada como NIC I, e outra de 22 anos, lesão de alto grau classificada como NIC II e III. Em relação a essas duas pacientes, há provável evidência de relação sexual desprotegida e com mais de um parceiro. A primeira paciente apresenta uma lesão NIC I, possível de acompanhamento e até mesmo de regressão, sem causar maiores danos ou tratamentos mais invasivos.

No caso da segunda paciente, por ser jovem abaixo de 25 anos, seria natural esperar uma taxa de regressão de 60% das lesões NIC II em um período de três anos. A progressão de câncer para lesões NIC III nessa população é considerada insignificante (0,5%), associado também a altas taxas de regressão espontânea, sendo sugeridas abordagens mais conservadoras. Entretanto, é necessário sempre realizar acompanhamento e orientações quanto a pacientes que ainda jovens apresentam lesões mais agressivas, principalmente pelo comportamento sexual tender a manutenção, aumentando com o passar dos anos o risco de desenvolvimento de CCU (MOSCICKI *et al*., 2004).

A média de idade das pacientes foi de 43,1 anos. Em relação a história ginecológica, observou-se: média de idade da menarca de 12,9 anos, 90% das pacientes tem filhos com média de números de gestação, partos e abortos de 2,5, 2,03 e 0,48, respectivamente. Houve um total de 123 partos, sendo 63,4% por via vaginal e 36,5% por cesariana.

Quando se olha para a porcentagem de cesariana, vê-se que não há relação com a taxa ideal preconizada pela OMS, que seria menor que 10% na análise amostral. É importante ressaltar que, já que a amostra não foi probabilística, podendo ser que essa taxa não seja significativa quando analisada ao número total de partos do bairro da UBS, sendo necessária a realização de mais estudos para avaliação de tal aspecto.

Somente 33,33% das pacientes utilizavam contracepção, dentre elas foram citadas na FCM: anticoncepcional oral e injetável, preservativo e DIU. A partir do teste qui-quadrado, houve evidência de associação entre idade e prevenção por contracepção das pacientes (p=0,000049). Podemos observar ainda, a partir da Figura 1, que existe um número maior de pacientes com 40 anos ou mais, o que também é relacionado com a média de idade mais elevada na população. Esse é um fator que deve ser levado em

consideração, pois provavelmente nessa população não há incentivo ao rastreamento em pacientes mais jovens, o que acaba refletindo também na educação sexual pobre, como observada.

Ainda, como podemos observar, no questionário foi perguntado para algumas se era usado preservativo como método de prevenção, seja ela de infecção sexual transmissível (IST) ou gravidez (entretanto não há como garantir a mesma abordagem do questionário para todas). Dessa forma, podemos avaliar que mesmo entre as pacientes com 40 anos ou mais, deveria ser esperada pelo menos o uso do preservativo, pois há evidência de continuidade de relação sexual, o que não é observado. Assim, podemos ainda observar, entre os prontuários avaliados, uma taxa de 3,33% de ISTs prévias, também dependendo da abordagem do questionário, já que nem todos apresentam registro de tal fator.

Figura 1. Relação entre prevenção de IST e gravidez e idade

		PREVENÇÃO		
		Sim	Não	Total
IDADE	40 anos ou mais	5	29	34
	<40 anos	16	8	24

Fonte: Araújo *et al.*, 2020.

Dentre as pacientes, 10% eram tabagistas, 3,33% etilistas, 1,66% faziam ou já fizeram uso de drogas ilícitas.

Em relação ao registro de comorbidades, apenas 43,10% o obtiveram, o que pode ser interpretado como uma certa falha do registro na FCM, evidenciando mais uma vez a não padronização da abordagem do questionário. Esse é um fator que deve ser analisado, pois 58,62% das pacientes apresentam idade superior a 40 anos, sendo esperada uma alta prevalência de comorbidades devido ao perfil socioeconômico da região.

Os dados de comorbidades, no caso de Hipertensão e Diabetes Mellitus, são esperados não somente nessa análise, pois cerca de 85% das UBS em Juiz de Fora não analisam relatórios emitidos pelo Programa HIPERDIA de Minas Gerais. É esperado, dessa forma, que exista nessa falha de registro, não somente no FCM que, como pode ser visto, também apresenta falhas de registro básico até mesmo de condições que podem alterar o exame e abordagem da paciente, mas principalmente no prontuário geral.

4. CONCLUSÃO

O EPC pode ajudar a definir uma abordagem sanitária quanto a epidemiologia observada na região. Observa-se uma prevalência de vulvovaginites e ocorrência de alterações neoplásicas já em grau elevado, o que está intimamente relacionado com a idade, perfil socioeconômico e, principalmente, sexual. As ações da UBS podem ser focadas no uso de prevenção para ISTs e gravidez e ainda educação sexual para criar um hábito que cuidado, prevenção e rastreamento. Ainda houve observação de falha de registro na FCM, principalmente no que diz respeito a comorbidades e contracepção, devendo ser um outro foco de atuação para padronização de abordagem durante a entrevista de preenchimento inicial da FCM.

5. REFERÊNCIAS

BRITO-SILVA, K. *et al*. Integralidade no cuidado ao câncer de colo de útero: avaliação do acesso. Rev Saúde Pública; v. 48, p. 240, 2014.

Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa da OMS. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. 2015. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf?Sequence=3. Acesso em: 2 set. 2020.

Instituto Nacional do Câncer (INCA). Câncer de Colo de Útero – Detecção Precoce. 2020. Disponível em: https://www.inca.gov.br/controle-do-cancer-do-colo-do-utero/acoes-de-controle/deteccao-precoce. Acesso em: 2 set. 2020.

Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2020. 2020. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf. Acesso em: 2 set. 2020.

MOSCICKI, A.B. *et al*. Regression of low-grade squamous intraepithelial lesions in young women. Lancet, v. 364, p. 1678, 2004.

NAVARRO, C. *et al*. Cobestura do rastreamento do cancer de colo de útero em região de alta incidência. Revista de Saúde Pública; v. 49, p. 1, 2015.

OPAS. Controle integral do câncer do colo do útero: Guia de práticas essenciais. [*S. L.*]: Nathalie Broutet, 2016. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31403/9789275718797-por.pdf?Sequence=1&isallowed=y. Acesso em: 2 set. 2020.

OPAS. Folha Informativa – HPV e cancer do colo do útero. Fev 2019. Disponível em:https://www.paho.org/bra/index.php?Option=com_content&view=article&id=5634:folha-informativa-hpv-e-cancer-do-colo-do-utero&Itemid=839. Acesso em: 2 set. 2020.

PASSOS, E.P. & RAMOS, J.G.L. Rotinas em Ginecologia. 7ª. Ed. Porto Alegre, Artmed, 2017.

VANELLI, C.P. Hipertensão arterial: estudo da base de dados do centro hiperdia de juiz de fora e avaliação da rede de atenção vinculada a este programa. 2014. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal De Juiz de Fora, 2014. Disponível em: http://repositorio.ufjf.br:8080/jspui/handle/ufjf/514. Acesso em: 2 set. 2020.

CAPÍTULO 32

EDUCAÇÃO SEXUAL NAS ESCOLAS COMO RECURSO PARA PREVENÇÃO AO ABUSO SEXUAL

Mateus I V de S Cruz[1], Letícia V dos Santos[1], Ingrid L Torres[1], Luana Vitória de A da Silva[1], Gabriela P Carvalho[1], Rosa J Carvalho[2], Joyce S e Silva[2], Nicole M B M Alencar[3], Danielle M O de Moura[3], Nayana S A Soares[3], Ana L C B de Oliveira[4], Janaina M dos SF de Paula[4], Sandra C Pillon[5], Márcia A Fernandes[6]

[1] Discente do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí, Teresina/PI.
[2] Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí, Teresina/PI.
[3] Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí, Teresina/PI.
[4] Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí, Teresina/PI.
[5] Docente do Curso de Graduação Bacharelado em Enfermagem e Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto/SP.
[6] Docente do Curso de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí. Teresina/PI.

Palavras-chave: *Abuso sexual na infância; Menores de Idade; Saúde Mental.*

1. INTRODUÇÃO

Todo ato que viole os direitos sexuais e reprodutivos de outrem é caracterizado como violência sexual. Dentre as tipificações desse tipo de violência pode-se encontrar a exploração sexual, além do abuso sexual que pode ocorrer em ambiente intra ou extrafamiliar (LAVAREDA & MAGALHÃES, 2015).

A Educação Sexual (ES) volta-se a esta problemática pois visa educar e esclarecer crianças e adolescentes quanto aos limites que se deve impor a respeito do contato de terceiros com seu espaço corporal, a respeitar os próprios limites, além de abordar temas como gravidez, aborto, métodos contraceptivos, importância do sexo seguro e Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs).

A sexualidade se desenvolve naturalmente, não se restringe ao aspecto biológico, mas também, às experiências vivenciadas, aprendizados e influências socioculturais (LOURO, 2008). Logo, as memórias de infâncias marcadas pelo sofrimento psíquico reflexo da violência sexual, revelam percepções de mudanças de comportamento, isolamento, insônia, medo excessivo, tristeza, que atravessam a adolescência e, muitas vezes, com o despreparo da escola em lidar com esses casos, esses sujeitos e suas realidades se tornam invisíveis.

A ES se inicia por meio das interações com o ambiente e é, geralmente, feita pela família em complementaridade com a escola ou outras instituições sociais voltadas para essa temática (FIGUEIRÓ, 2010; FURLANI, 2011). Ela foi instituída em ambiente escolar no início do século XX, com caráter mais repressor das práticas sexuais, conforme pregavam as religiões e para controle epidemiológico para garantir bons indicadores de saúde pública no que tange a saúde sexual e reprodutiva (FIGUEIRÓ, 2010; SFAIR *et al.*, 2015).

Neste ensejo, o ambiente escolar deve ser protetor e contribuir para o desenvolvimento saudável de seus estudantes, sempre alerta para suas necessidades e proteção de seus direitos. Dessa forma, faz-se necessário que seus componentes sejam submetidos a processos formativos contínuos para que sejam capazes de identificar situações de vulnerabilidade e como proceder corretamente em situações de violência, de forma a prover todo apoio à vítima e familiares (SANTOS *et al.*, 2018).

Lannen e Ziswiler (2014) ratificam a importância de estratégias e dos programas de prevenção e os apontam como uma matriz promissora, que pode possibilitar a redução da incidência e dos impactos da violência. Promovendo a ES nas escolas a condição de instrumento importante para a prevenção deste tipo de violência referida.

Objetivou-se, portanto, discutir a educação sexual nas escolas como ferramenta para prevenção ao abuso sexual.

2. MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo de cunho bibliográfico reflexivo, originado a partir da necessidade percebida durante as discussões ocorridas nas reuniões científicas

do Projeto de Extensão: “Importunação e abuso sexual, relacionamento abusivo e as interfaces com o sofrimento mental: implementação de ações preventivas e de cuidado”, vinculado ao Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí – UFPI, de um material que levantasse as principais estratégias de enfrentamento ao problema O projeto é desenvolvido em duas escolas públicas estaduais, localizadas em Teresina, Piauí, desde janeiro de 2019. Participam do projeto alunos da graduação e pós-graduação *scrito sensu* em Enfermagem, orientados pela coordenadora do projeto.

Buscou-se compreender como a escola, por meio da ES, pode contribuir para a prevenção do abuso sexual contra adolescentes. Realizou-se leitura crítica na literatura nacional e internacional sobre o tema. A busca pelos artigos deu-se no período de junho a agosto de 2020 na Biblioteca Virtual em saúde (BVS), uma rede de fontes de informação on-line para a distribuição de conhecimento científico e técnico em saúde, sendo livre e de fácil acesso, bem como em outras fontes que abordassem o tema proposto.

A pesquisa buscou, portanto, ampliar e sedimentar o conhecimento dos integrantes do grupo para melhor direcionar suas ações junto aos adolescentes participantes do projeto.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A sexualidade apresenta-se como uma parte do desenvolvimento dos seres humanos e pode ser demonstrada em diversos âmbitos, sendo representada nos meios sociais, nos atos, comportamentos, valores e rituais, não se restringindo apenas ao ato sexual em si. A ES nas escolas ainda se resume à prevenção contra ISTs, masturbação e prevenção à gravidez, deixando de fora aspectos importantes da sexualidade, como sua diversidade e importância social e histórica (MOREIRA *et al.*, 2020).

A sexualidade sempre foi um tema de difícil discussão, sobretudo, quando se trata de crianças e adolescentes. A curiosidade, a descoberta das diferenças no próprio corpo e no corpo do outro, aliadas a falta de orientação advinda de seus responsáveis legais, tal como uma completa recusa de reconhecimento a respeito da questão e as nuances que ela carrega, contribuíram de maneira crônica para transformar a discussão do assunto em tabu e inadequada para ser abordada com essa população-alvo. Consequentemente,

favorecendo não apenas a inquietação de mentes ansiosas, mas corrompendo, por tabela, seu desconhecimento do que é admissível ou não, fazendo dele uma base de sustentação para agressores agirem (NEVES & RAMOS, 2014).

Ser criança é ser moldado pelos princípios, ensinamentos, costumes e expectativas que lhe são impostos pela sua família, pela sociedade, por meio das relações estabelecidas e, dentro desse contexto, desenvolver sua personalidade. Assim, certos comportamentos, condutas e linhas de raciocínio são pré-determinados. Podem seguir preceitos morais mais tradicionais e que dificultam a ES (SZYMANSKI, 2010). Partindo desse contexto, a escola pode ser um agente facilitador no processo de desconstrução de atitudes, inclusive oferecendo conhecimentos sobre relações sociais saudáveis, que exigem o respeito e a inclusão de todos, embora se compreenda que a escola não possui essa competência sozinha.

Apesar de não ser prevista em lei, a ES em ambiente escolar pode e deve ser realizada e é aparada por iniciativas dos setores de educação e saúde por meio dos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) e o Programa de Saúde na Escola (PSE) (MOREIRA *et al.*, 2020).

O PSE é um programa criado em 2007 e visa articular a escola e a saúde com a finalidade de melhorar a condição da população brasileira por meio de promoção, prevenção e atenção à saúde frente às dificuldades das crianças e adolescentes do ensino público do Brasil. O programa também enfatiza o papel do professor, o qual deve ser instruído para promover discussões quanto à saúde sexual e reprodutiva, abordando questões como direitos sexuais e reprodutivos entre seus alunos (MOREIRA *et al.*, 2020).

Tratar sobre ES na escola possibilita aos estudantes uma aproximação com a temática, obtenção e consolidação de conhecimento, reflexão acerca de sua sexualidade e práticas sexuais e, assim, contribuir para seu empoderamento e consciência acerca do que é saudável e aceitável diante de questões e situações a esse respeito (MOREIRA *et al.*, 2020).

Apesar do incentivo à ES nas escolas, muitos professores relatam empecilhos para sua prática por diversas questões como concepções pessoais a respeito da temática, falta de treinamento para abordar o assunto, carência de materiais pedagógicos adequados,

opinião de que essa atribuição é exclusiva da família, dentre outras (MOREIRA *et al.*, 2020).

Entende-se a ES como prática de transmitir informações acerca da sexualidade, comportamentos sexuais e direitos reprodutivos com a finalidade de desenvolver processos reflexivos e formativos a respeito disso e, assim, tornar os jovens portadores de conhecimento para que possam tomar as melhores e mais saudáveis decisões frente suas atividades sexuais, além de proteger-se contra os mais diversos tipos de violações desse tipo (NEVES & RAMOS, 2014).

A sexualidade e seus desdobramentos, por serem tabus, ainda são pouco discutidos nas relações parenterais e até mesmo na escola. Mas esse obstáculo deve ser transposto já que a ES se constitui como importante estratégia na prevenção e enfrentamento da violência sexual infanto-juvenil (MARTINI, 2016).

Por ser um tema complexo e, de certa forma, polêmico, a ES não pode estar pautada apenas na discussão de informações. Para que seja feita de forma eficaz, deve-se promover um ambiente de acolhimento, que estimule as crianças e adolescentes a se expressarem, tirarem dúvidas, a participarem de forma ativa nas discussões que devem ser claras, objetivas e interessantes. E que não seja algo pontual, mas sim uma educação continuada, que acompanhe esses estudantes durante seu processo formativo (MARTINI, 2016).

As concepções e compreensões do profissional em relação à sexualidade afetam diretamente o modo de desenvolvimento das práticas de educação sexual. Nesse sentido, é necessário que o entendimento da sexualidade seja algo construído de uma forma sociocultural e não algo puramente individual, a fim de evitar o desenvolvimento de práticas restritivas. De acordo com esses autores, a escola é um grupo de referência, portanto, ao discutir questões de sexualidade e projetos de vida, é importante que ressalte o respeito à autonomia e reconhecimento das capacidades dos adolescentes (VIEIRA & MATSUKURA, 2017).

A ES pode ocorrer de forma distinta nos ambientes escolares, visto que seu desenvolvimento envolve os preceitos subjetivos e aparatos teóricos intrínsecos aos seus proponentes (DUARTE, 2010). Portanto, as atividades e discussões acerca da sexualidade

poderão ser multivariadas, diferindo, assim, nos conceitos, visões e informações a serem repassadas (VIEIRA & MATSUKURA, 2017).

Percebe-se, dessa forma, que a escola é um ambiente primordial para a formação de crianças e adolescentes como cidadãos conscientes de seus direitos e deveres pessoais e sociais, estimular seu desenvolvimento nas múltiplas esferas que constituem o ser humano. E, nessa perspectiva, é válido ressaltar que os deveres para a proteção e garantia dos direitos desses jovens, é da família, da escola, da sociedade e dos governantes, incluindo nesse contexto a ES (MATOS *et al*., 2014).

Abordar a ES em idade escolar é fundamental para fornecer informações pertinentes e adequadas à faixa etária, discutir e orientar sobre o desenvolvimento saudável da sexualidade, tirar dúvidas, sanar curiosidades, promover um ambiente de discussão acerca das questões de gênero, além de empoderar crianças e adolescentes com relação ao próprio corpo, consentimento e, diante disso, protegê-las contra possíveis abusos sexuais (SPAZIANI & MAIA, 2015)

Alguns educadores sentem-se inseguros em dialogar com crianças sobre questões sexuais, pois têm a compreensão errônea de que a criança é inocente e assexuada, devendo ser poupada de assuntos complexos como a violência ou temas que possam “erotizá-las precocemente”. Fato que pode ser comprovado nos relatos de algumas professoras que afirmam não acreditar na possibilidade de prevenir a violência sexual infantil devido ao fato da criança ser muito pequena para abordar tal assunto. Entretanto, ao contrário de tais convicções, a literatura demonstra que crianças bem informadas e esclarecidas sobre a sexualidade estão mais protegidas de situações de violência sexual, na medida em que a ingenuidade e a desinformação alimentam uma condição de vulnerabilidade, fazendo com que sejam alvos de interesse pelos/as perpetradores/as dessa violência (SPAZIANI & MAIA, 2015).

Estudo realizado com 20 professores do ensino fundamental e médio de uma escola no interior do estado de São Paulo em que se abordou tópicos como a necessidade de educação sexual nas escolas, importância para a prevenção de saúde sexual e o público-alvo. E, inerente a esses tópicos, percebeu-se que para os docentes, a ES é de suma importância para a prevenção de abusos e exploração sexual, prevenção de ISTs e gestações precoces e indesejadas (MOREIRA *et al.*, 2020).

Quanto ao público-alvo, sete professores ressaltaram a importância do emprego do ensino sexual desde a Educação Infantil, visto que, assim, as crianças poderão identificar um evento abusivo e reportá-lo ou até mesmo prevenir-se (MOREIRA *et al.*, 2020).

Quanto às atividades realizadas, grande parte dos professores relatou ter tido experiências positivas quanto ao assunto, por meio, por exemplo, de rodas de conversa que permitiam a expressão de dúvidas de forma anônima. Dentre esses questionamentos, eram respondidos aqueles que fossem adequados à faixa etária trabalhada e o *feedback* mais frequente frente a essas atividades era de que as dúvidas foram sanadas, uma vez que, na maioria das vezes, os alunos não tinham a liberdade e nem a oportunidade para ter esse tipo de conversa em ambiente familiar (MOREIRA *et al.*, 2020).

A escola não é o único agente importante nesse processo de instrução a respeito da ES e identificação de casos de violência sexual. Os profissionais de saúde são imprescindíveis nos casos de abuso sexual infantil, com grande destaque para a enfermagem, que é capacitada para identificar casos, acompanhar o tratamento e articular serviços de proteção à vítima e sua família ou responsáveis (APOSTÓLICO *et al.*, 2017; SÁ *et al*., 2017).

Para prestar assistência de qualidade a uma vítima de abuso sexual infanto-juvenil é necessário que o profissional de enfermagem crie um ambiente acolhedor, realize escuta ativa, demonstre interesse e compaixão por ela, utilize de linguagem compreensível, explique o que é o procedimento a ser realizado e qual sua finalidade, para que se possa estabelecer vínculo, confiança e, assim, prestar todos os cuidados necessários para minimizar o sofrimento físico e psíquico dessas crianças e adolescentes (EGRY *et al.*, 2018; SCARPATI *et al.*, 2017).

O enfermeiro tem o importante papel de promover educação em saúde para adolescentes, com um olhar especial por causa do aumento das vulnerabilidades e pelos riscos socioeconômicos e culturais desses adolescentes, levando em consideração que a maioria pertencente a famílias de baixo nível escolar e desprovidas de acesso à informação (GURGEL *et al.*, 2010).

As ações de educação em saúde realizadas pelo enfermeiro devem ser instigantes, criativas, motivadoras e inovadoras, sendo capazes de incentivar o adolescente a

participar do processo educativo, contando com todos os recursos disponíveis. Sendo assim, quanto maior for a participação dos adolescentes dentro do projeto, melhores serão os resultados no que se refere a medidas de proteção (GURGEL *et al*., 2010).

O enfermeiro, especificamente, possui uma atuação extensa e complexa, incluindo a participação no diagnóstico, na notificação dos agravos resultantes da violência e nas orientações educativas. Além do mais, estão em posição estratégica no que diz respeito à identificação de sinais físicos e comportamentos decorrentes do abuso sexual. (RODRIGUES *et al.*, 2011).

Percebe-se, portanto, que a ES ainda é um tabu presente na sociedade. Não só pela temática abordada, mas pelos preconceitos que a cercam, falta de habilidade da família e dos profissionais da educação. Porém, esse é um obstáculo que deve ser superado para que se possa conscientizar crianças e adolescentes que o desenvolvimento da sexualidade é algo natural e inerente ao ser humano e que pode ocorrer de forma tranquila e saudável. Essas iniciativas de ES devem estar articuladas também aos serviços de saúde, com protagonismo do profissional de enfermagem, que é capaz de realizar não só capacitações e prevenção do abuso infanto-juvenil, mas também de identificar nos serviços possíveis vítimas de violência sexual e, dessa forma, prestar toda assistência necessária e articulada com outros órgãos competentes para a recuperação e promoção da saúde dessas crianças, adolescentes e suas respectivas famílias ou responsáveis.

4. CONCLUSÃO

Com a realização do presente trabalho, compreende-se que, em virtude da complexidade que compõe a sexualidade, o tema deve ser tratado no ambiente escolar de forma integrativa, esclarecedora e acessível à compreensão das diferentes faixas etárias. Assim como a importância do ensino da ES como forma de prevenção ao abuso sexual, por meio do esclarecimento de dúvidas e novas informações.

Destaca-se também que o professor, além de contribuir para a aquisição de novos conhecimentos, encontra-se na posição de mediar informações tanto nas escolas, quanto em outras fontes, contribuindo assim para a prevenção ao abuso sexual.

Nesse sentido, é necessário refletir criticamente sobre os processos de subjetivação de crianças e adolescentes que, desde tenra idade, internalizam preconceitos

que culminam em atitudes sexuais discriminatórias e prejudiciais à saúde mental e física, considerando que a falta de ES corresponde a desinformação e vulnerabilidade em casos de situações abusivas.

Por fim, sugere-se que nas práticas sejam utilizadas linguagens e metodologias mais ativas, dinâmicas e atuais, nas quais os próprios adolescentes tornem-se participantes ativos e possam também colaborar com a construção das propostas de ES.

5. REFERÊNCIAS

APOSTÓLICO, M.R. *et al*. Acurácia de diagnósticos de enfermagem para o enfrentamento da violência doméstica infantil. Revista Escola Enfermagem USP, v. 51, e03290, 2017.

DUARTE, P.M.S. Educação da sexualidade: modelos e representações de professores. 2010. 87f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Educação) – Universidade de Aveiro, Aveiro, 2010.

EGRY, E.Y. *et al*. Notificação da violência infantil, fluxos de atenção e processo de trabalho dos profissionais da Atenção Primária em Saúde. Ciências & saúde coletiva, v. 23, p. 832, 2018.

FIGUEIRÓ, M.N.D. Educação sexual: retomando uma proposta, um desafio. 3ª ed. Londrina: Eduel, 2010.

FURLANI, J. Educação Sexual na sala de aula: relações de gênero, orientação sexual e igualdade étnico-racial numa proposta de respeito às diferenças. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2011.

GURGEL, M.G.I. *et al*. Desenvolvimento de habilidades: estratégia de promoção de saúde e prevenção da gravidez na adolescência. Revista Gaúcha Enfermagem, v. 31, p. 640, 2010.

LANNEN, P. & ZISWILER, M. Potential and perils of the early years: The need to integrate violence prevention and early child development (ECD+). Journal ELSEVIER, Aggression and Violent Behavior, v. 19, p. 625, 2014.

LOURO, G.L. Gênero e sexualidade: pedagogias contemporâneas. Pro-posições, v. 19, p. 17, 2008.

MARTINI, C.J. A abordagem do tema Educação Sexual em sala de aula: juntos ou separados? Educação em Foco, p. 1, 2016.

MATOS, M.G. *et al*. Educação sexual em Portugal: Legislação e avaliação da implementação nas escolas. Psicologia, Saúde & Doenças, v. 15, p. 335, 2014.

MOREIRA, M. *et al*. Educação Sexual nas escolas: concepções e práticas de professores. Revista Psicologia e Educação On-Line, v. 3, p. 47, 2020.

NEVES, R.C.F. & RAMOS, S.I.V. Educação Sexual nas Escolas: Educar para prevenir - Estudo de Caso. O Portal dos Psicólogos, p. 1, 2014.

RODRIGUES, S.G. *et al*. Rede contra violência sexual no DF: uma representatividade da saúde e da educação na adolescência. Comunicação Ciência Saúde, v. 22, p. 343, 2011.

SÁ, C.M.Q. *et al*. Atenção da equipe de enfermagem frente à violência sexual contra crianças e adolescentes. Mostra Interdisciplinar do curso de Enfermagem, v. 2, n. 2, 2017.

SCARPATI, A.S. *et al*. Representações sociais da violência sexual na produção científica nacional. Psicologia Argumento, v. 32, n. 77, 2017.

SFAIR, S.C. *et al*. Educação sexual para adolescentes e jovens: mapeando proposições oficiais. Saúde e Sociedade., v. 24, p. 620, 2015.

SPAZIANI, R.B. & MAIA, A.C.B. Educação para a sexualidade e prevenção da violência sexual na infância: concepções de professoras. Revista Psicopedagogia, v. 32, p. 61, 2015.

SZYMANSKI, H. A Relação Família/Escola: desafios e perspectivas. Brasília: Liber Livros, 2010.

VIEIRA, P.M. & MATSUKURA, T.S. Modelos de educação sexual na escola: concepções e práticas de professores do ensino fundamental da rede pública. Revista Brasileira Educação, v. 22, p. 453, 2017.

CAPÍTULO 33

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE POR HIV/AIDS NO NORDESTE DO BRASIL NO PERÍODO DE 2014 - 2018

Débora C Paes[1], Jardel H C Freitas[1], Maria E da C Serpa[1], Mariana S Bastos[1], Nycolle A. Leite[1], Thalia A C Menezes[1], Odaleia de O Farias[2]

[1] Discente de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza/CE.
[2] Mestra em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará, Fortaleza/CE.

Palavras-chave: *HIV; Demografia; Política pública.*

1. INTRODUÇÃO

A AIDS é uma doença causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (sigla em inglês HIV), que se dissemina através dos fluidos corporais e afeta células específicas do sistema imunológico, conhecidas como linfócitos T CD4 (BRASIL. UNAIDS). A AIDS é o estágio mais avançado da infecção pelo HIV, levando a imunossupressão do organismo e o incapacitando na luta contra infecções e doenças (BRASIL. Ministério da Saúde).

A AIDS surgiu como uma epidemia no final da década de 70, tendo os primeiros casos sido detectados nos Estados Unidos, Haiti e África Central, tornando-se um dos mais graves problemas de saúde pública no mundo (BRASIL. Ministério da Saúde). No Brasil, o primeiro caso de HIV foi identificado em 1980, no município de São Paulo (MARQUES, 2002).

Segundo as estimativas, até o final de 2018, havia cerca de 37,9 milhões de pessoas em todo o mundo vivendo com HIV. No entanto, as taxas de mortalidade globais foram reduzidas em mais de 55% desde 2004 e 33% desde 2010, tendo sido registradas cerca de 770.000 mortes por AIDS até o final de 2018 (UNAIDS, 2020). Essa redução foi

consequência principalmente do surgimento da Terapia Antirretroviral (TARV), que proporcionou uma queda na incidência de eventos associados à AIDS (LUZ *et al*., 2014). O Brasil foi o primeiro país em desenvolvimento a disponibilizar a TARV de forma gratuita, oferecendo medicamentos antirretrovirais a todos as pessoas vivendo com HIV e doentes de AIDS desde 1996 (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 1996).

Ao final de 2018, haviam cerca 593 mil pessoas em uso da TARV no Brasil, número quase sete vezes superior ao observado em 1999, de 85 mil pessoas (BRASIL, 2019; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Em 2017, foram diagnosticados 42.420 novos casos de HIV e 37.791 casos de AIDS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Entretanto, dados apontam que o número de mortes pela doença caiu 22,8%, passando de 12,5 mil em 2014 para 10,9 mil em 2018. Apesar dos dados serem positivos, aproximadamente 135 mil pessoas que vivem com HIV no Brasil desconhecem seu diagnóstico sorológico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019), contribuindo, portanto, para o retardo no início do tratamento e piora no prognóstico.

A implementação das políticas de saúde direcionadas ao HIV/AIDS no âmbito federal no Brasil ocorreu após o crescente surgimento de programas estaduais e municipais. Porém seu início foi marcado pela faceta burocrática e não resolutiva e pela falta de consenso entre a sociedade e o governo (VILLARINHO *et al*., 2013).

Desse modo, sendo o Brasil um dos primeiros países a introduzir a TARV de forma gratuita, esperava-se uma diminuição gradual das mortes ao longo dos anos, porém, foi observado um processo de estacionamento na taxa de mortalidade, destacado por um tímido declínio dos óbitos em relação aos anos, como consequência da disparidade na implementação do tratamento em diferentes regiões do país (PAULA *et al*., 2020; BRASIL, 2020).

Essa desigualdade regional é evidenciada por deficiências em estratégias de prevenção e tratamento do HIV/AIDS. São observadas ainda diferenças nas proporções de acesso a testes e a recursos terapêuticos, nas taxas de início precoce da TARV e de redução de mortalidade por AIDS. As regiões mais escassas desses recursos, e como reflexo disso os piores indicadores, são o Norte e o Nordeste (GRANGEIRO *et al*., 2010).

Diferente das outras regiões do país, nas quais a tendência da taxa de mortalidade tende a diminuir, o Norte e o Nordeste apresentam um considerável aumento, reafirmando as

desigualdades nas políticas de saúde direcionadas ao HIV/AIDS no Brasil (TEIXEIRA, *et al*., 2013). Na região Nordeste, entre os anos de 2014 e 2018, foram notificados cerca de 44 mil casos de AIDS e aproximadamente 21,3% dos óbitos pela doença no país (BRASIL. DATASUS.).

Desse modo, faz-se necessária uma compreensão mais abrangente das realidades regionais e dos padrões epidemiológicos no contexto da mortalidade por AIDS no Brasil, a fim de subsidiar intervenções que contribuam para superação de iniquidades em saúde (PEDROSA *et al*., 2015;PAULA *et al*., 2020). Portanto, o estudo tem como objetivo identificar a epidemiologia da mortalidade por AIDS no Nordeste.

2. MÉTODO

Trata-se de um estudo epidemiológico, transversal, de abordagem quantitativa. O delineamento transversal classifica a pesquisa quanto a sua frequência de coleta dos dados dos participantes, a qual ocorre em um único ponto no tempo (POLIT & BECK 2011).

Os dados foram obtidos na base de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS, 2020). Foram estabelecidos como critérios de seleção: Grupo CID-10: Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV], residência na região Nordeste e idade de 20 a 59 anos. O levantamento dos dados foram realizados entre os meses de julho e agosto de 2020, no site do DATASUS, endereço eletrônico "https://datasus.saude.gov.br", clicando nas abas "Acesso à informação >> TABNET >> Estatísticas Vitais >> Mortalidade – 1996 a 2018, pela CID-10 >> Mortalidade geral >> Brasil por Região e Unidade de Federação".

Foi utilizado o seguinte protocolo para extração dos dados:

Mortalidade - Brasil

Linha: região.
Coluna: raça, escolaridade, faixa etária e sexo (alternadamente).
Conteúdo: óbitos por residência.

Períodos disponíveis

2014 a 2018 (2018 foi o último ano com dados completos disponíveis).

Seleções disponíveis

Região: Região Nordeste.
Unidade da Federação: Ceará, Pernambuco, Piauí, Bahia, Sergipe, Rio Grande do Norte, Maranhão, Paraíba e Alagoas.
Grupo CID-10: Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV].
Faixa Etária: 20 a 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos e 50 a 59 anos.
Sexo: Todas as categorias.
Cor/raça: Todas as categorias.
Escolaridade: Todas as categorias.

Constituiu uma amostra de 11.530 casos de óbitos decorrentes de HIV/AIDS no Nordeste. Os dados foram tabulados no software Microsoft Excel® e apresentados em tabelas e gráficos.

Foram obedecidos os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. Mortalidade de HIV por Raça/Cor

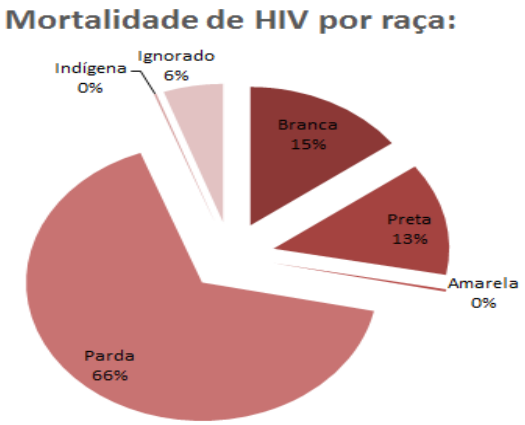
Neste primeiro gráfico podemos analisar a distribuição de óbitos registrados por HIV, de acordo com a raça, no Nordeste brasileiro, no período de 2014 a 2018. Ademais, nota-se maior índice de mortalidade por HIV na população negra.

Figura 1. Tabela 1. Mortalidade de HIV por Raça

Raça	N° De Óbitos
Branca	1716
Preta	332
Amarela	31
Parda	7610
Indígena	24
Ignorada	632
Total	11530

Fonte: DATASUS.

Figura 2. Gráfico 1. Mortalidade de HIV por Raça



Fonte: DATASUS.

3.2. Mortalidade de HIV por Faixa Etária

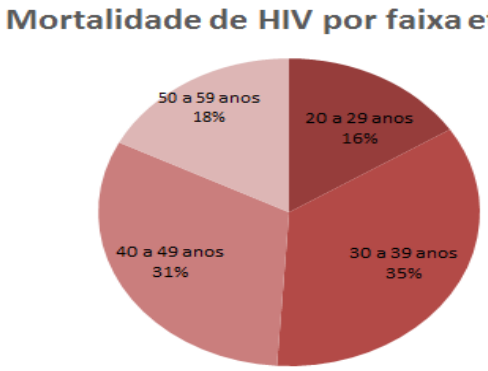
No presente gráfico apresenta-se a disposição de óbitos por AIDS por faixa etária, a partir do qual inferimos que de 30 a 39 anos é a faixa etária que majoritariamente vai a óbito, seguido do grupo de 40 a 49 anos, 20 a 29 anos, e 50 a 59 anos, que demonstra menor número de óbitos.

Figura 3. Tabela 2. Mortalidade de HIV por Faixa Etária

Faixa Etária	N° De Óbitos
20 a 29 anos	1840
30 a 39 anos	4043
40 a 49 anos	3629
50 a 59 anos	2018
Total	11530

Fonte: DATASUS.

Figura 4. Gráfico 2. Mortalidade de HIV por Faixa Etária



Fonte: DATASUS.

3.3. Mortalidade de HIV por Escolaridade

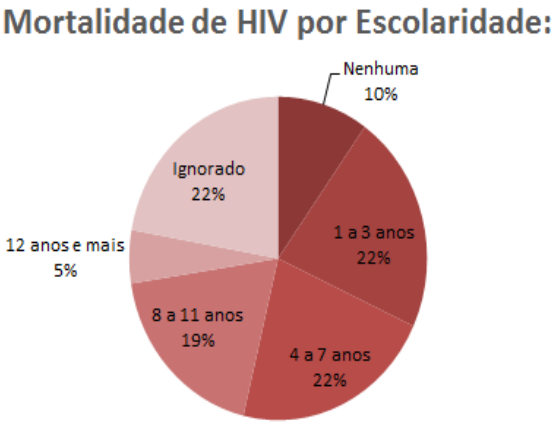
O gráfico apresenta o arranjo de óbitos por HIV com relação à escolaridade. É notório que há uma relação inversamente proporcional, logo quanto mais anos de escolaridade, menor é o índice de mortalidade.

Figura 5. Tabela 3. Mortalidade de HIV por Escolaridade

Escolaridade	N° De Óbitos
Nenhuma Escolaridade	1139
1 A 3 Anos	2535
4 A 7 Anos	2524
8 A 11 Anos	2163
= Ou < 12 Anos	612
Ignorado	2557
Total	11530

Fonte: DATASUS.

Figura 6. Gráfico 3. Mortalidade de HIV por Escolaridade



Fonte: DATASUS.

3.4. Mortalidade de HIV por Sexo Biológico

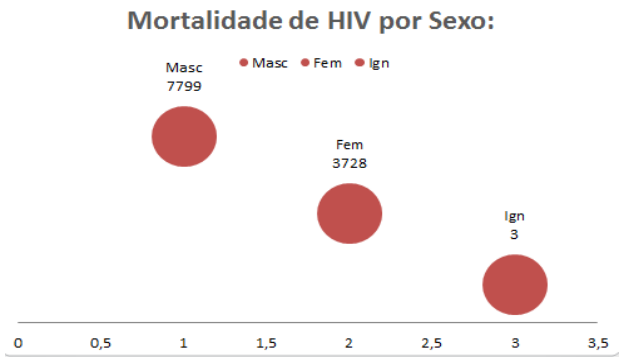
O gráfico demonstra a divisão de óbitos por HIV de acordo com o sexo biológico. Informação que revela que homens morrem duas vezes mais que as mulheres.

Figura 7. Tabela 4. Mortalidade de HIV por Sexo Biológico

Sexo	N° De Óbitos
Masculino	7799
Feminino	3728
Ignorado	3
Total	11530

Fonte: DATASUS.

Figura 8. Gráfico 4. Mortalidade de HIV por Sexo Biológico



Fonte: DATASUS.

3.5. Mortalidade de HIV por Unidade de Federação

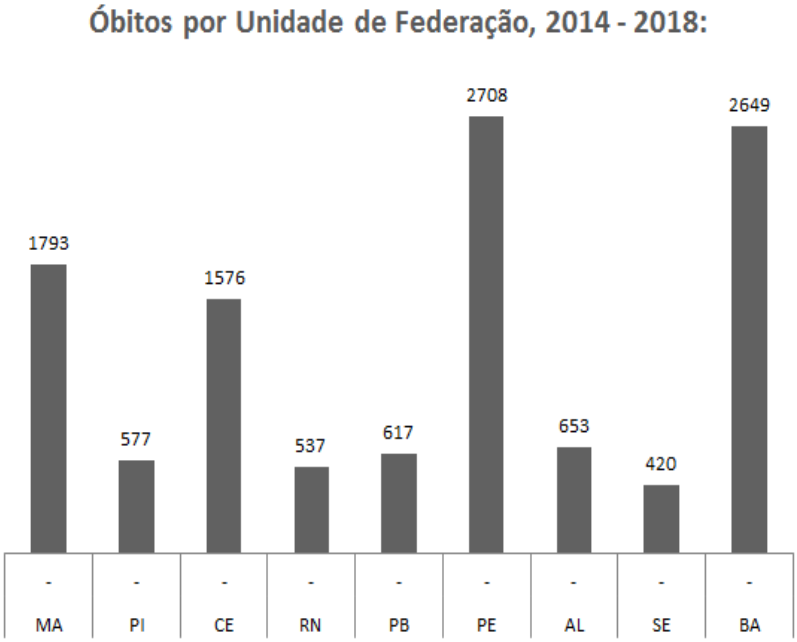
No último gráfico, é possível analisar o índice de mortalidade por HIV em cada Unidade da Federação do Nordeste brasileiro, os números mais alarmantes estão localizados nos estados de Pernambuco e Bahia, contrastando com os estados de Sergipe e Rio Grande do Norte, que possuem os menores índices.

Figura 9. Tabela 5. Mortalidade de HIV por Unidade de Federação

Unidade Da Federação	N° De Óbitos
MA	1793
PI	577
CE	1576
RN	537
PB	617
PE	2708
AL	653
SE	420
BA	2649
Total	11530

Fonte: DATASUS.

Figura 10. Gráfico 5. Mortalidade de HIV por Unidade de Federação



Fonte: DATASUS.

Observou-se uma concentração de óbitos na população negra. É sabido que a raça possui profundos reflexos nos processos de saúde e doença de uma população. Isto posto, podemos associar o alto índice de mortalidade dessa população ao processo histórico de exclusão social que as mesmas enfrentam, nesse caso, nos estabelecimentos de saúde (MARANHÃO *et al*., 2020). No Brasil, ser negro (incluindo entre estes pretos e pardos), está associado com aumento na probabilidade de não desenvolvimento de supressão viral. Nos Estados Unidos, mulheres e homens negros com HIV apresentam um risco 7,2% maior de mortalidade que homens brancos. No entanto, nos Estados Unidos, investimentos governamentais no intuito de reduzir as iniquidades nos efeitos do HIV tem encontrado êxito na redução da mortalidade em minorias raciais (MARINHO *et al*., 2018). Portanto, destaca-se a necessidade de esforços no sentido de reduzir iniquidades em saúde que enfatizam também aspectos étnicos do processo de saúde-doença.

Nessa mesma perspectiva, historicamente, homens são menos ávidos na busca por atendimentos de saúde, resultado de construções sociais e culturais (MARANHÃO *et al*., 2020). Tal realidade apresentou reflexos nos achados deste estudo, em que homens morreram duas vezes mais que as mulheres em todo Nordeste brasileiro. As altas taxas de mortalidade

por AIDS em homens foram associadas em outras pesquisas à demora no diagnóstico de HIV, bem como ao retardo no início da TARV neste grupo. De fato, evidências sugerem que as principais causas de morbidade e mortalidade entre homens negros concentram-se em problemas de saúde pública (entre eles o HIV) e nos determinantes sociais de saúde, como a educação, acesso, discriminação, segregação social, desemprego e renda (MARINHO *et al*., 2018).

A faixa etária entre 20 e 59 anos correspondeu a 89,1% do total de óbitos no Brasil do período estudado. Estatísticas de mortalidade demonstram a alta carga do HIV/AIDS e sua importância econômica em um país, sendo responsável por uma elevada perda de potencial e custo produtivo atribuído a doenças em uma nação. Um exemplo disso é que o HIV/AIDS no Brasil passou da posição 18 em 1990 para 12 em 2016 dentre as principais causas de anos perdidos de vida, uma taxa padronizada de aumento de 11,4% (MARINHO *et al*., 2018).

Pesquisas apontam que quanto maior o nível de escolaridade do sujeito, mais chances o mesmo tem de procurar prevenção e/ou tratamento para o HIV/AIDS (BRASIL. Ministério da Saúde), aumentando suas chances de sobrevida, o que aponta um alto índice de mortalidade nas pessoas com menor grau de instrução.

No que concerne a concentração de casos de mortalidade por AIDS em determinados estados da região Nordeste. O Brasil foi marcado por mudanças demográficas e epidemiológicas desiguais no país, o que resultou em disparidades nacionais na saúde e encargos correspondentes sobre os sistemas de saúde. Com a introdução de políticas públicas que trataram e ainda tratam da problemática de AIDS no Brasil, foram observados os resultados no comportamento epidêmico desta doença (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Contudo, ainda é necessário cuidado ao avaliar tais resultados, uma vez que o controle desta epidemia pode mascarar desigualdades advindas de localidades e determinantes sociais da saúde (POLIT & BECK, 2011).

4. CONCLUSÃO

Por meio do presente estudo, estabeleceu-se um perfil epidemiológico da mortalidade decorrente do HIV/AIDS no Nordeste do Brasil. Observou-se uma concentração de óbitos

dentre a população negra (pretos e pardos), do sexo masculino, na faixa etária de 30 a 39 anos e baixo nível de escolaridade. Esses dados, por sua vez, poderão fornecer subsídios para o desenvolvimento de futuras estratégias de promoção à saúde direcionada para atender essa lacuna populacional, além de contribuir para a ampliação de políticas públicas.

Entretanto, a generalização dos resultados apresentados é limitada em virtude da impossibilidade de explorar variáveis relevantes, como a presença de coinfecções, mas que não constam na base de dados. Sugere-se a realização de pesquisas posteriores, visando analisar profundamente o perfil epidemiológico dessa população.

5. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico HIV/AIDS. Disponível em: http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-de-hivaids-2019 . Acesso em: 28 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def. Acesso em: 25 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST-AIDS.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório de monitoramento clínico do HIV 2019. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/relatorio-de-monitoramento-clinico-do-hiv-2019. Acesso em: 4 set. 2020.

BRASIL. UNAIDS. Informações básicas: sobre o HIV e a AIDS. Disponível em: https://unaids.org.br/informacoes-basicas/. Acesso em: 15 set. 2020.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Lei Nº Lei Nº 9.313, de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. 1996. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1996/lei-9313-13-novembro-1996-349070-publicacaooriginal-1-pl.html. Acesso em: 4 set. 2020.

GRANGEIRO, A. *et al*. A epidemia de AIDS no Brasil e as desigualdades regionais e de oferta de serviço: Cadernos de Saúde Pública, v. 26, p. 2355, 2010.

LUZ, P.M. *et al*. AIDS and non-AIDS severe morbidity associated with hospitalizations among HIV-infected patients in two regions with universal access to care and antiretroviral therapy, France and Brazil, 2000–2008: hospital-based cohort studies. Bmc Infectious Diseases, v. 14, p. 1, 2014.

MARANHÃO, T.A, *et al*. Padrão espaço-temporal da mortalidade por aids. Revista de Enfermagem UFPE on line, v. 14, e244407, 2020.

MARINHO, F. *et al*. Burden of disease in Brazil, 1990–2016: a systematic subnational analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. The Lancet, v. 392, p. 760, 2018.

MARQUES, M.C.C. Saúde e poder: a emergência política da Aids/HIV no Brasil. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, v. 9, p. 41, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Saúde. 135 mil brasileiros vivem com HIV e não sabem, [s. l.], ano 2019, 29 nov. 2019. Disponível em: https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46095-135-mil-brasileiros-vivem-com-hiv-e-nao-sabem. Acesso em: 2 set. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Saúde. Brasil mais do que dobra o tempo de sobrevida de pessoas com aids, [s. l.], ano 2019, 28 maio 2019. Disponível em: https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45465-brasil-mais-do-que-dobra-o-tempo-de-sobrevida-de-pessoas-com-aids. Acesso em: 2 set. 2020.

PAULA, A.A. *et al*. Perfis de mortalidade em pessoas vivendo com HIV/AIDS: comparação entre o Rio de Janeiro e as demais unidades da federação entre 1999 e 2015. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 23, e200017, 2020.

PEDROSA, N.L. *et al*. Série histórica da AIDS no Estado do Ceará, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 20, p. 1177, 2015.

POLIT, D.F. & BECK, C.T. Fundamentos de pesquisa em enfermagem : avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

TEIXEIRA, T.R.D.A. *et al*. Social geography of AIDS in Brazil: identifying patterns of regional inequalities: Cadernos de Saúde Pública, v. 30, p. 259, 2013.

UNAIDS. Estatística: Sobre o HIV e a AIDS. Estatística, [s. l.], 4 set. 2020. Disponível em: https://unaids.org.br/estatisticas/. Acesso em: 4 set. 2020.

VILLARINHO, M.V. *et al*. Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença: Revista Brasileira de Enfermagem, v. 66, p. 271, 2013.

CAPÍTULO 34

TENDÊNCIA E FORMAS CLÍNICAS DA HANSENÍASE EM MATO GROSSO

Ana Flávia P Silva[1], Ana Rita R Borges[1], Gabriela M Zuntini[1], Angélica Fátima Bonatti[2]

[1] Discente de Medicina, Centro Universitário de Várzea Grande, Várzea Grande/MT.
[2] Docente do Departamento de Medicina, Centro Universitário de Várzea Grande, Várzea Grande/MT.

Palavras-chave: *Hanseníase; Mycobacterium leprae; Tendências.*

1. INTRODUÇÃO

Hanseníase é uma doença infectocontagiosa causada pela bactéria *Mycobacterium leprae*. Tal patologia atinge a pele, causando lesões em forma de manchas. Estas resultam da falta, aumento ou diminuição da melanina na região afetada. Além disso, atinge também os nervos, principalmente os faciais e membros superiores e inferiores (BEIGUELMAN, 2002; BRASIL, 2002; EPIDEMIOLÓGICA, 2016; LASTORIA & ABREU, 2012; SES MT, 2018; SOUZA, 1997).

A principal forma de contaminação acontece pelo contato prolongado e direto com gotículas de saliva ou secreções do doente acometido pela forma transmissora (multibacilar) que não está em tratamento. Quanto à manifestação, pode ocorrer em ambos os sexos e em todas as idades (BRASIL, 2002; EPIDEMIOLÓGICA, 2016; LASTORIA & ABREU, 2012; SOUZA, 1997).

Uma das classificações usadas atualmente, proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS), é a que divide a hanseníase em paucibacilar (até cinco lesões na pele), englobando as formas clínicas Indeterminada e Tuberculoide; e multibacilar (mais de cinco lesões na pele), agrupando as Dimorfa e Virchowiana (BRASIL, 2002; LASTORIA & ABREU, 2012; SOUZA, 1997).

A Indeterminada consiste na forma inicial. Geralmente encontra-se uma lesão com perda de pigmentação e sensibilidade. Pode evoluir para cura espontânea, se desenvolver lentamente ou ainda desaparecer e ressurgir com características mais definidas (LASTORIA & ABREU, 2012; SOUZA, 1997).

A Tuberculoide gera resposta mais eficiente do sistema imune, tornando-se limitada. As lesões são poucas ou únicas, isoladas, assimétricas, com limites bem definidos e bordas elevadas. Se forem máculas, se apresentarão hipocrômicas ou eritematosas, caso sejam placas, serão avermelhadas ou amarronzadas. Pode haver total ausência de sensibilidade, fraqueza, dor e atrofia muscular (LASTORIA & ABREU, 2012; SOUZA, 1997).

A Dimorfa é a forma intermediária e mais instável. Assim, as lesões estarão de acordo com o nível de manifestação da doença: no sistema imune eficiente, elas serão mais bem delimitadas, anestésicas e em pequeno número; no sistema imune pouco eficaz, as lesões serão mais numerosas, sem delimitação definida, com sensibilidade menos acometida (LASTORIA & ABREU, 2012; SOUZA, 1997).

A Virchowiana anula a imunidade celular, causando grande multiplicação dos bacilos, agravando os sintomas e gerando anestesia dos pés e mãos, deformidade, atrofia muscular, inchaço dos membros inferiores e nódulos na pele. No início, as lesões são de cor acastanhada ou avermelhada, sem definição e distribuídas em forma de mácula. Com a progressão da clínica, o eritema aumenta, a pele fica grossa e há formação de nódulos (LASTORIA & ABREU, 2012; SOUZA, 1997).

A Hanseníase tem cura, que é fornecida pelas unidades de saúde. Sua função é matar o bacilo e evitar a evolução da doença, sendo a transmissão interrompida logo no início do tratamento (BRASIL, 2002; EPIDEMIOLÓGICA, 2016; SES MT, 2018).

Para casos paucibalares o tratamento dura seis meses e, para os multibacilares, a duração é de doze. Neste sentido, ao realizar todo tratamento, o paciente é curado. Entretanto, nem todos terminam, o que afeta a prevalência ao prolongar a doença (BRASIL, 2002; EPIDEMIOLÓGICA, 2016; LASTORIA & ABREU, 2012).

O objetivo desse estudo foi avaliar a distribuição das formas clínicas da hanseníase, bem como da tendência do coeficiente geral de detecção da doença em Mato Grosso, visando compreender a razão dessa região continuar com uma taxa tão elevada,

que segundo a Secretaria de Estado de Saúde do Mato Grosso, ocupa a primeira posição no país.

2. MÉTODO

O presente estudo de série temporal e descritivo foi avaliado a partir de casos novos de hanseníase registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do estado de Mato Grosso e da Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação (CGHDE), por meio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), entre 2009 e 2018.

Para a análise de tendência, foram avaliados indicadores relativos ao coeficiente geral de detecção de hanseníase por 100.000 habitantes e verificadas as frequências relativas das formas clínicas da doença, sendo elas: Virchowiana, Tuberculoide, Indeterminada e Dimorfa. Os dados foram disponibilizados pela Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso-SES/MT.

Para estimar a tendência temporal foram utilizados modelos de regressão polinomial, sendo testados os modelos linear, quadrático e cúbico. Após a análise, considerou-se, como melhor modelo, aquele que apresentou maior coeficiente de determinação (R^2), indicador de sensibilidade significativo (β) e obteve o valor de $p < 0,05$.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

De 2009 a 2018, houve aumento percentual de 36,1% na taxa de prevalência dos casos, confirmando a hiperendemicidade da região. Mato Grosso apresentou os maiores coeficientes de detecção nos anos de 2015 e 2018, com 93,0/100.000 habitantes e 125,6/100.000 habitantes, respectivamente. Foi identificada tendência crescente significativa no período analisado (β: 2,998; R^2: 0,406; p = 0,04).

Em 2018, pessoas infectadas com as quatro formas clínicas de Hanseníase somaram um total de 6.460 pacientes, finalizando o tratamento por meio da cura, abandono, óbito ou erro diagnóstico.

Dentre as diferentes manifestações analisadas, a que predomina é a Dimorfa, presente em 76,2% dos casos, seguida pela Indeterminada, com 9,1%, a Virchowiana, com 7,4% e a Tuberculoide, com 7,2% (Tabela 1).

Referente à evolução dos casos totais, notou-se que 5.412 (88,9%) obtiveram cura, 705 (6,8%) abandonaram o tratamento, 245 (3%) foram erro diagnóstico e 98 (1,3%) evoluíram para óbito.

Na taxa de cura, a Dimorfa lidera com 4.080 casos (67%), seguida pela Indeterminada com 513 (8,4%), a Tuberculoide com 417 (6,8%) e a Virchowiana com 402 (6,6%).

Na taxa de abandono, nota-se uma prevalência menor, sendo respectivamente: Dimorfa com 582 casos (5,6%), Indeterminada com 46 (0,4%), Virchowiana com 45 (0,4%) e Tuberculoide com 32 (0,3%).

Tabela 1. Taxa de prevalência das manifestações clínicas na Hanseníase em 2018

Manifestações clínicas	%
Dimorfa	76,2
Indeterminada	9,1
Virchowiana	7,4
Tuberculoide	7,2

Fonte: Secretária de Estado de Saúde de Mato Grosso, 2018.

4. CONCLUSÃO

A prevalência da forma clínica Dimorfa chama a atenção por esse grupo apresentar precocemente lesões neurais, resultando com frequência, em incapacidades físicas. Além disso, as elevadas taxas de detecção no estado projetam uma tendência crescente da endemia e polarização da doença.

Se por um lado, os dados de elevada taxa de detecção podem indicar iniciativas importantes no campo da atenção à saúde para a elucidação diagnóstica, por outro podem

sugerir a existência de fragilidades na atenção básica para detecção de novos casos, que muitas vezes são diagnosticados tardiamente.

Portanto, reflete-se a falha nos meios de prevenção, fazendo-se necessário um direcionamento de recursos e educação em saúde nas áreas endêmicas.

De fato, a alta endemicidade da hanseníase indica a necessidade de estruturação de uma rede de serviços de saúde, que responda às reais necessidades da população e que contribua para a redução da carga local e global de hanseníase em Mato Grosso.

5. REFERÊNCIAS

BEIGUELMAN, B. Genética e hanseníase. Ciência & Saúde Coletiva, v. 7, p. 117, 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Guia para o controle da hanseníase. [s.l: s.n.]; 2002. Acesso em: 30 jul. 2020.

EPIDEMIOLÓGICA, DIRETORIA DE VIGILÂNCIA. Vigilância Epidemiológica alerta para a importância do diagnóstico precoce e do tratamento da hanseníase. Governo de Santa Catarina: Secretaria do Estado da Saúde, 2016. Disponível em: http://www.dive.sc.gov.br/index.php/arquivo-noticias/257-vigilancia-epidemiologica-alerta-para-a-importancia-do-diagnostico-precoce-e-do-tratamento-da-hanseniase. Acesso em: 30 jul. 2020.

LASTORIA, J.C. & ABREU, M.A.M.M. Hanseníase: diagnóstico e tratamento. Revista Diagnóstico & Tratamento, v. 17, p. 173, 2012.

SES MT. Plano Estratégico de Enfrentamento da Hanseníase em Mato Grosso. Governo do Estado de Mato Grosso, p. 1, 2018.

SOUZA, C.S. Hanseníase: Formas Clínicas e Diagnóstico Diferencial. Medicina, v. 30, p. 325, 1997.

CAPÍTULO 35

PERFIL EPIDEMIOLOGICO DA HANSENÍASE EM MENORES DE 15 ANOS NO PERÍODO DE 2008-2017 NO PIAUÍ, BRASIL

Joelson dos S Almeida[1], Cassandra M A R Barros[3], Eduardo C Cordeiro[2], Maria do Rosário C Miranda[4]

[1] Enfermeiro. Mestrando em Saúde e Ambiente pela Universidade Federal do Maranhão, São Luís/MA.
[2] Acadêmico de Medicina da Universidade Federal Delta do Parnaíba, Parnaíba/PI.
[3] Enfermeira. Docente Assistente do Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual do Piauí, Parnaíba/PI.
[4] Psicóloga. Docente Adjunta do Departamento de Odontologia, Universidade Estadual do Piauí, Parnaíba/PI.

Palavras-chave: *Hanseníase; Assistência à Saúde; Vigilância em Saúde Pública.*

1. INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma enfermidade transmissível ocasionada pelo *Mycobacterium leprae*, que aloja preferencialmente em nervos (tronco, periféricos) e células superficiais nervosas da pele, sua progressão é gradual e contínua gerando debilidades físicas como: atrofia cutânea do rosto, madarose superciliar (perda total ou parcial das sobrancelhas e os cílios), logoftalmo (fechamento insuficiente da fenda palpebral), desabamento da pirâmide nasal, mãos em garra, pé caído e outras complicações que atingem todas as fases do ciclo da vida, independentemente da idade, classe social ou sexo (BRASIL, 2017).

O tratamento da hanseníase apresenta divisão operacional de acordo com número de lesões na pele, os casos paucibacilares (PB) possuem até cinco lesões, com exame de pele baciloscópico negativo, e os casos multibacilares (MB) são definidos por mais de seis lesões com exame baciloscópico positivo. Quanto às suas formas clínicas são agrupadas em: Indeterminada e Tuberculóide, (casos PB), dimorfa e virchowiana (casos

MB). Essa classificação é relevante para averiguar possíveis casos de infecção de pessoas próximas ao doente, definição do tratamento e investigação dos sinais e sintomas presentes nos enfermos (BRASIL, 2017; 2018).

Quanto aos sinais e sintomas será de acordo a forma clínica: a indeterminada apresenta bordas mal demarcadas, manchas hipocrômicas, perda de sensibilidade reduzida, seca e a sensibilidade tátil é mantida nos casos. A forma Tuberculóide caracteriza-se por uma lesão em forma de placa elevada, bordas iminentes e definidas com total anestesia na área. Já a forma dimorfa manifesta-se por muitas manchas esbranquiçadas ou avermelhadas, bordas mal demarcadas no interior da lesão, elevadas e esmaecida na região exterior da lesão, podendo ainda ter ou não sensibilidade e sudorese. Por fim, a forma virchowiana não externa manchas nítidas, o tegumento será avermelhado, infiltrado e seco, assemelhando a casca de laranja pela ampliação dos poros. Serão ainda presentes estruturas papulares e nodulares atípicas, e, além disso, se manifestaram a madarose, nariz congesto, suor ausente ou reduzido, câimbras nas mãos e pés, bem como edema, sendo esta forma a mais contagiosa e agressiva dos casos (BRASIL, 2017; 2018).

Para facilitar o diagnóstico e o tratamento, são agrupadas as formas clinicas: hanseníase indeterminada e tuberculóide (PB), dimorfa e virchowiana (MB). O tratamento específico da hanseníase é a poliquimioterapia, recomendada pela OMS, distribuída pelo Ministério da Saúde, devendo ser feito nas unidades de saúde. Sendo assim, a poliquimioterapia (PQT) é constituída pelo conjunto de medicamentos rifampicina, dapsona e clofazimina, com administração associada que poderá ser 6 meses (doses) para PB e 12 meses (doses) para MB (BRASIL, 2017).

Os países Indonésia, Índia e o Brasil possuem, juntos, 81% dos casos novos notificados globalmente, o que se adverte sobre modos de prevenção e diagnóstico precoce, visto que estas nações são endêmicas para casos de hanseníase, possuem insuficiência das políticas públicas de saúde, consequentemente gera a procura tardia de diagnóstico e tratamento, dificuldade de acesso a medicamentos, vigilância por monitoramento e mapeamento de regiões com maiores registros (OMS, 2016).

No levantamento epidemiológico realizado no Brasil pelo Ministério da Saúde, no período de 2012 a 2016 foram notificados 151,764 casos de hanseníase com índices de

detecção correspondente a 14,97 casos novos para 100 mil habitantes. Entre os casos novos mencionados, 84.447 eram casos em homens, o equivalente a 55,6% do total (BRASIL, 2018).

Na Região Nordeste, uma pesquisa encontrou a média da taxa de detecção em menores de 15 anos foi classificada muito alta, com 8,64 casos por 100 mil habitantes. Ainda o mesmo estudo, quando comparado os estados da região nordeste em 2016, o Piauí foi considerado endêmico com taxa de detecção de 5.74 por 100 mil habitantes para a população menor de 15 anos (SCHNEIDER & FREITAS, 2018).

O estado do Piauí em 2017 informou que o quantitativo de casos registrados no período de 2011 a 2015 foi de 6.378 casos, com média de anual de 1.275,6 casos. Nos anos de 2011 e 2014 apresentou as maiores taxas, com 1.358 e 1.308 casos, respectivamente, ao passo que no ano de 2015 teve 1.194 casos, com a menor ocorrência registrada no período (MONTEIRO *et al.*, 2017).

Este trabalho tem por objetivo descrever o perfil epidemiológico dos casos de hanseníase em menores de 15 anos notificados no período de 2008 a 2017 no estado do Piauí.

2. MÉTODO

Trata-se de um estudo ecológico, descritivo com abordagem quantitativa. O estado do Piauí localiza-se na região Nordeste do Brasil, possuindo área territorial de 51 577,738 km^2. Em 2010, sua população era de 3.118.360 habitantes, com uma densidade demográfica de 12,40 habitantes/km^2 (IBGE, 2010). A população de estudo é formada pelos casos registrados de hanseníase em menores de 15 anos residentes no estado do Piauí, diagnosticados no período de 2008 a 2017, notificados no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN).

A coleta de dados foi realizada por meio de dados disponibilizados do SINAN que estão publicados em modo público sendo extraído em uma planilha do Excel, na qual constam os dados agrupados dos casos notificados hanseníase no período do estudo. As variáveis analisadas deste estudo foram sexo, faixa etária (em anos), classificação operacional, formas clínicas, lesões cutâneas, avaliação da incapacidade na notificação e

cura, esquema terapêutico, modo de entrada, modo de detecção e tipo de saída (SINAN, 2020b).

Os dados populacionais necessários para o cálculo das taxas de detecção foram obtidos a partir do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sendo considerados os dados do censo em 2010 e os demais anos pelas projeções intercensitárias (IBGE, 2010).

A análise dos dados ocorreu por estatística simples, na qual foram utilizadas as frequências absolutas e relativas no software *Stata* versão 14.0. Ainda, os anos foram categorizados, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, como: hiperendêmico: ≥ 10,00 por 100 mil hab.; muito alto: 5,00 a 9,99 por 100 mil hab.; alto: 2,50 a 4,99 por 100 mil hab.; médio: 0,50 a 2,49 por 100 mil hab.; baixo: < 0,50 por 100 mil hab. (BRASIL, 2016).

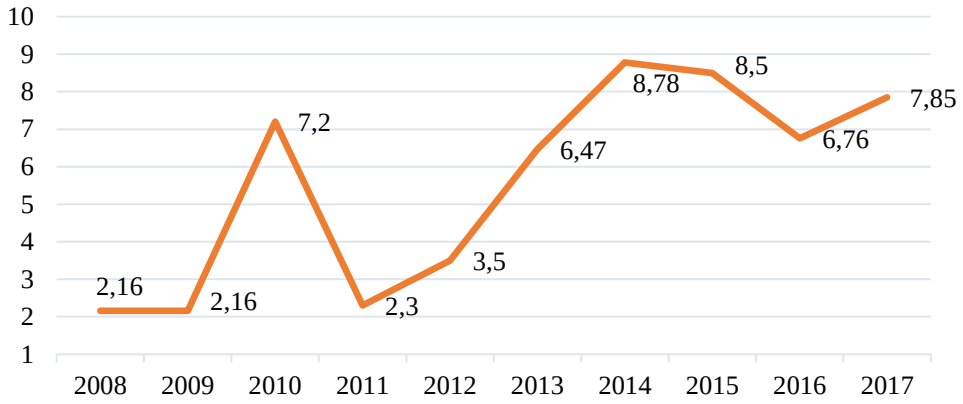
Por se tratar de uma pesquisa com dados secundários disponibilizados em modo público, dispensou-se a avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa, seguindo as normas éticas da resolução nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de 2008 a 2017 foram registrados e notificados no estado do Piauí 341 casos de hanseníase na população menor de 15 anos.

Com relação à taxa de detecção anual dos casos novos de hanseníase na população menor de 15 anos no período estudado, observa-se os maiores picos de incidência nos anos de 2010, 2014 e 2017, sendo os respectivos anos classificados como muito alto: (>5,00 a 9,99 por 100 mil hab). A menor taxa foi registrada nos anos de 2008, 2009 e 2011 sendo considerado médio: (0,50 a 2,49 por 100 mil hab). Enquanto nos demais anos 2012, 2013 apresentaram um crescimento de casos no ano de 2015 e em 2016 houve declínio das notificações (Gráfico 1).

Gráfico 1. Distribuição da taxa de detecção anual da hanseníase em menores de 15 anos no período de 2008 a 2017 no estado do Piauí, (n=341), Brasil, 2020.



Fonte: SINAN/DATASUS, 2020.

O estudo de Fernandes *et al.* (2019), realizado em Manaus-AM, encontrou dados semelhantes na série temporal avaliada, na qual o coeficiente da taxa de detecção em menores de 15 anos apresentou variações de alto a muito alto. Esse indicador apresenta uma séria condição de transmissibilidade da doença, visto que as crianças e adolescentes apresentam os sinais precoce da doença em relação aos adultos, devendo os profissionais da saúde ficar alerta a essa população.

Os indicadores epidemiológicos são parâmetros de avaliação do Ministério da Saúde que mensura os casos de hanseníase através do coeficiente de detecção na população menor de 15 anos. Esse indicador mede a capacidade de novas infecções da doença, sua tendência de comportamento, pelo fato do agente etiológico possuir um extenso período incubado, e, sequencialmente, apresenta os sinais e sintomas (BRASIL, 2008).

Em relação às variáveis sociodemográficas, o sexo masculino foi predominante, com 188 (55,2%) dos casos, enquanto (44,8%) 153 foram do sexo feminino (Tabela 1). Dados semelhantes foram encontrados na série temporal no estudo de Gordon *et al.* (2017), realizado em Imperatriz–MA, no qual houve predomínio de indivíduos do sexo masculino (51% dos casos notificados em menores de 15 anos).

Tabela 1. Distribuição das variáveis sociodemográficas dos casos de hanseníase em menores de 15 anos no período de 2008 a 2017, (n=341) Piauí, Brasil, 2020.

Sexo	**N**	**%**
	341	**100**
Masculino	188	55,2
Feminino	153	44,8
Faixa Etária	**N**	**%**
1 a 4 anos	17	4,9
5 a 9 anos	103	30,2
10 a 14 anos	221	64,9

Fonte: SINAN/DATASUS, 2020.

No que diz respeito à faixa etária de maior ocorrência foi de 10 a 14 anos, 64,9% dos casos (Tabela 1). Isso corrobora com Santos *et al.* (2018) em pesquisa realizada em Santarém–PA, onde encontraram a faixa etária de 10 a 14 anos com 90% dos casos. Os autores inferem que nas faixas etárias menores existe reforço imunológico vacinal melhor se comparado ao intervalo etário dos adolescentes.

Em relação à classificação operacional foi predominante a forma PB 198 dos casos (58%), enquanto a forma MB representou 143 destes (42%) (Tabela 2). Em um estudo realizado na Bahia, foram encontraram dados semelhantes quanto à classificação operacional, onde os casos PB foram mais da metade, 61,4% dos casos na população menor de 15 anos. Isso se relaciona a efetividade da busca ativa dos casos MBs, por se tratar de uma forma mais contagiosa da doença, controlando a cadeia ativa de transmissão (SOUZA & RODRIGUES, 2015).

Acerca da manifestação clínica, verificou-se que a forma indeterminada esteve presente em 113 dos casos (33,1%), seguidos da forma dimorfa 96 (28,1%), da forma Tuberculóide 71 (20,9%) e 14 da forma Virchowiana (4,1%). Na pesquisa de Monteiro *et al.* (2019) realizada em Tocantins, foi encontrada a predominância da forma indeterminada (49,6% dos casos). Por conseguinte, as formas PBs (Indeterminada e Tuberculóide) são menos agressivas, o que reforça a transmissão ativa da doença afetando principalmente as crianças e adolescentes, sinalizando que há necessidade de rastreamento da doença nos adultos para a detecção das formais graves.

Tabela 2. Distribuição das variáveis clínicas dos casos de hanseníase em menores de 15 anos no período de 2008 a 2017, (n=341) Piauí, Brasil, 2020.

Classificação operacional	N	%
	341	**100**
PB	198	58
MB	143	42
Formas Clínicas	**N**	**%**
Indeterminada	113	33,1
Tuberculóide	71	20,9
Dimorfa	96	28,1
Virchowiana	14	4,1
Não Classificado	35	10,2
Ignorado	12	3,6
Lesões Cutâneas	**N**	**%**
Nenhuma lesão	3	0,8
Lesão única	150	43,9
2 a 5 lesões	117	34,3
5 ou mais lesões	37	10,8
Branco ou Ignorado	34	9,9
Esquema terapêutico	**N**	**%**
PQT seis doses - PB	194	56,8
PQT 12 doses - MB	142	41,6
Outros esquemas alternativos	3	0,8
Ignorado	2	0,5

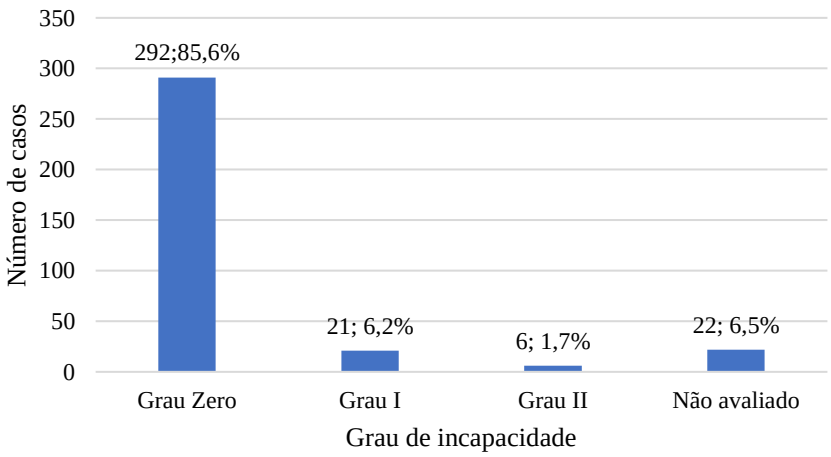
Fonte: SINAN/DATASUS, 2020.

No que tange ao número de lesões cutâneas 150 dos casos (43,9%) apresentaram lesão única. No estudo de Freitas *et al.* (2018), realizado em Mato Grosso, foi predominante a lesão única (43,2% dos casos). Esse achado de lesões nos enfermos é um fator decisivo para fechar as formas diagnósticas das manifestações clínicas e, assim, definir o tratamento preconizado de acordo as lesões.

Em relação ao esquema de tratamento predominou a forma PB de seis doses, com 194 (56,8%) dos casos. No estudo de Franco *et al.* (2014), realizado no município de Igarapé Açu-PA, 69% receberam seis meses de PQT PB. O tratamento adequado nas formas PBs reduzem as chances de complicações neurais, que serão prevenidas e tratadas ao período indicado para cada tipo de classificação operacional, conforme recomenda o Ministério da Saúde (BRASIL, 2016).

Com relação à incapacidade física no momento do diagnóstico, 292 dos casos (85,6%) tiveram grau zero, seguidos de 21 casos do grau I (6,2%), seis casos do grau II (1,7%) e 22 casos não foram avaliados correspondendo a (6,5%) (Gráfico 2). No estudo de Flach *et al.* (2011) realizado no Rio de Janeiro, foi encontrada ausência de incapacidade físicas no momento diagnóstico em 88,1% casos. Nesse interim, os casos de hanseníase com grau de incapacidade II mostraram menos de 2% dos registrados nesse estudo, o que pode sinalizar que a busca ativa têm sido precoce e eficaz, pois o Ministério da Saúde classifica como baixa os casos com grau de incapacidade II com taxas inferiores a 5% (BRASIL, 2016).

Gráfico 2. Avaliação do grau de incapacidade no momento do diagnóstico em menores de 15 anos no período de 2008 a 2017, (n=341) Piauí, Brasil, 2020.

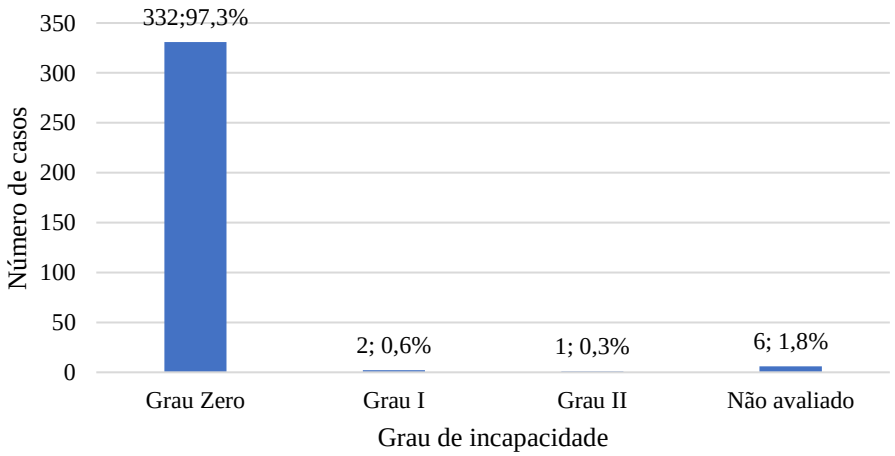


Fonte: SINAN/DATASUS, 2020.

Com relação à incapacidade física no momento da cura, 332 dos casos (97,3%) tiveram grau zero, seguidos de 2 casos do grau I (0,6%), 1 caso do grau II (0,3%) e 6 casos não avaliados correspondendo a (1,8%) (Gráfico 3). No estudo de LUNA *et al*. (2013) realizado em Juazeiro-BA, encontraram na alta por cura 48,9% dos casos avaliados a regressão do grau de incapacidade física para grau zero. Este percentual foi inferior ao estudo presente. Dessa forma, o exame de incapacidades físicas é uma prática que visa evitar debilidades físicas ao iniciar a terapêutica medicamentosa, se houver

agravamento de nervos do enfermo, possivelmente existirão chances maiores de provocar complicações e, se tratar precocemente, o objetivo é reverter as debilidades corporais. Sendo assim, os programas de controle e prevenção da hanseníase deverão analisar detalhadamente os pacientes no início e fim do tratamento, se necessário, até tempo após a conclusão da terapêutica (PIMENTEL *et al.*, 2003).

Gráfico 3. Avaliação do grau de incapacidade no momento da cura em menores de 15 anos no período de 2008 a 2017, (n=341) Piauí, Brasil, 2020.



Fonte: SINAN/DATASUS, 2020.

No tocante ao modo de entrada, foram predominantes casos novos 341 (100%) dos casos (Tabela 3). Os achados desse estudo são compatíveis com Brasil (2020a), onde na série epidemiológica se avaliaram as notificações registradas no estado do Piauí na população menor de 15 anos, sendo modo de entrada do tipo casos novos o mais predominante, assim como nessa pesquisa.

Quanto ao modo de detecção o encaminhamento foi mais registrado, com 163 casos (47,8%). Corpes *et al.* (2018), em estudo realizado no Ceará, constatou 88,0% encaminhamento como a forma diagnóstica mais prevalente foi por meio de encaminhamentos, isso sugere que a detecção precoce da hanseníase tem ocorrido nos serviços de saúde, os profissionais podem estar mais atentos aos casos nas instituições de tratamento, o que reforça a implicação no combate dos casos levando-os a cura.

Tabela 3. Distribuição das variáveis pelo modo de entrada, tipo de saída e forma de detecção dos casos de hanseníase em menores de 15 anos no período de 2008 a 2017, (n=341) Piauí, Brasil, 2020.

Variável	N= 341	% (100)
Modo de entrada	**N**	**%**
Casos novos	341	100
Modo de Detecção	**N**	**%**
Encaminhamento	163	47,8
Demanda espontânea	96	28,1
Exame de coletividade	50	14,6
Exame de contatos	25	7,3
Outros modos	2	0,5
Ignorado/Branco	5	1,4
Modo de Saída	**N**	**%**
Cura	75	22,0
Transferência no mesmo município	16	4,7
Transferência para outro município	14	4,2
Transferência para outro estado	1	0,2
Abandono	4	1,2
Não preenchido	231	67,7

Fonte: SINAN/DATASUS, 2020.

Com relação ao modo de saída, houve cura em 75 dos casos (21,9%) e 231 dos casos não foram preenchidos (67,7%) . No estudo de Franco *et al.* (2014,) realizado no município de Igarapé Açu-PA, houve cura 93.1% dos casos, percentual bem superior ao encontrado no presente estudo. O Ministério da Saúde estabelece como um dos indicadores de avaliação da qualidade das instituições de saúde a proporção de cura entre os casos de Hanseníase. Esse indicador apresenta parâmetros que define como boas as proporções maiores ou iguais a 90%, regulares entre 75% a 89,9% e como precárias menores que 75%. Considerando os valores alcançados neste estudo, o estado teve um desempenho precário, visto que mais da metade dos campos não foram preenchidos corretamente neste indicador (BRASIL, 2010).

Cabe salientar que o preenchimento adequado da ficha de notificação ainda é desafio, visto que a necessidade de preenchimento das informações pode ser negligência pelos profissionais e/ou falta de compreensão da importância de que as informações em saúde geram subsídios para avaliação das demandas de cada doença e um bom planejamento de ações de saúde para o enfrentamento dos condições de adoecimento.

4. CONCLUSÃO

Este estudo demonstrou que a hanseníase é um grande problema de saúde pública no estado do Piauí, considerando que a taxa de detecção anual de casos novos na população de zero a 14 anos oscilou de acordo com os parâmetros do Ministério da Saúde entre muito alto e alto na magnitude da endemia.

O perfil esperado foi condizente quanto à prevalência do sexo masculino com faixa etária de 10 a 14 anos (64,9%), a forma clínica indeterminada predominou entre os casos, assim como a classificação operacional paucibacilar. A lesão única foi mais ocorrente, os pacientes não apresentaram nervos afetados e o grau de incapacidade foi zero. Quanto à classificação, todos foram casos novos, diagnosticado por encaminhamento, receberam tratamento terapêutico de seis doses e número significativo evoluiu para a cura.

A hanseníase é endêmica na população menor de 15 anos no estado do Piauí, necessitando de maiores investimentos em ações de controle, monitoramento, busca ativa dos casos e contatos por meio de estratégias educativas para prevenção da hanseníase para a comunidade.

E, além disso, urge-se a necessidade de capacitação profissional nos serviços de saúde, a sensibilização para o preenchimento das fichas de notificação compulsória para que haja o fortalecimento das ações da vigilância em saúde.

5. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Boletim epidemiológico da Hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Hanseníase. v. 49, 2018. Disponível em: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/31/2018-004-Hanseniase-publicacao.pdf . Acesso: 20 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Guia prático sobre a hanseníase. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Versão on-line: disponível em: http://portalarquivos2.saúde. gov.br/imagens/pdf/2017/novembro/22/Guia-Pratico-de-Hanseniase-WEB.pdf. Acesso: 20 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Hanseníase no Brasil: caracterização das incapacidades físicas / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis – Brasília: Ministério da Saúde, 2020a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hanseniase_brasil_caracterizacao_incapacidades_fisicas.pdf. Acesso: 21 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação. 2020b. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/hanseniase/cnv/hanswPI.def. Acesso em: 2. mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. Disponível em: http://www.credesh.ufu.br/sites/credesh.hc.ufu.br/arquivos/diretrizes-eliminacao-hanseniase-4fev16-web.pdf. Acesso em: 2. mai. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta nº 3.125, de 26 de março de 2009. Diário Oficial da União. Define ações de controle da hanseníase. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt3125_07_10_2010.html. Acesso em: 4. mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Vigilância em Saúde: situação epidemiológica da hanseníase no Brasil. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br. Acesso em: 6. mai. 2020.

CORPES, E.F. *et al*. Análise epidemiológica de hanseníase em menores de 15 anos em um centro de referência na região nordeste do Brasil. Revista Adolescência & Saúde, v. 15, p. 65, 2018.

FERNANDES, M.V.C. et al. Distribuição espacial e temporal da incidência da hanseníase em menores de 15 anos em Manaus. Revista Enfermagem Brasil, v. 18, p. 264, 2019.

FLACH, D.M.A.M. *et al*. Analise do protocolo complementar de investigação diagnostica dos casos de hanseníase em menores de 15 anos nos municípios prioritários do estado do Rio de Janeiro em 2009 e 2010. Revista Hansenologia Internationalis, v. 36, p. 25, 2011.

FRANCO, M.C.A. *et al*. Perfil de casos e fatores de risco para hanseníase, em Menores de quinze anos, em município hiperendêmico da região norte do Brasil. Revista Paraense de Medicina, v. 28, p. 29, 2014.

FREITAS, B.H.B.M. *et al*. Hanseníase em menores de quinze anos em municípios prioritários, Mato Grosso, Brasil. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 21, e180016, 2018.

GORDON, A.S.A *et al.* Incidência de hanseníase em menores de 15 anos acompanhados no município de Imperatriz, Maranhão, entre 2004 e 2010. Arquivos de Ciências da Saúde UNIPAR, v. 21, p. 19, 2017.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Censo 2010. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/. Acesso: 16 jun. 2020.

LUNA, I.C.R. *et al.* Perfil clínico-epidemiológico da hanseníase em menores de 15 anos no município de Juazeiro-BA. Revista Brasileira de Promoção da Saúde, v. 26, p. 208, 2013.

MONTEIRO, M.J.S.D. *et al.* Perfil epidemiológico de casos de Hanseníase em um estado do nordeste brasileiro. Revista Atenção à Saúde, v. 15, p. 21, 2017.

MONTEIRO, L.D. *et al.* Hanseníase em menores de 15 anos no estado do Tocantins, Brasil, 2001–2012: padrão epidemiológico e tendência temporal. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 22, e190047, p. 1, 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Estratégia mundial de eliminação da lepra 2016-2020: Acelerar a ação para um mundo sem lepra. Organização Pan-americana da Saúde, 2016. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/208824/9789290225201-pt.pdf;jsessionid=ADFF7A9BD76AED43C685B13D88C69D38?sequence=17>. Acesso em: 1 set. 2020.

PIMENTEL, M.I.F. *et al.* O exame neurológico inicial na hanseníase multibacilar: correlação entre a presença de nervos afetados com incapacidades presentes no diagnóstico e com a ocorrência de neurites francas. Anais Brasileiros de Dermatologia, v. 78, p. 561, 2003.

SANTOS, S.M.F. *et al.* Perfil Epidemiológico e Percepção sobre a Hanseníase em Menores de 15 anos no Município de Santarém-PA. Journal of Health Sciences, v. 20, p. 61, 2018.

SCHNEIDER, P.B. & FREITAS, B.H.B.M. Tendência da hanseníase em menores de 15 anos no Brasil, 2001-2016. Cadernos de Saúde Pública, v. 34, p. 101, 2018.

SOUZA, C.D.F. & RODRIGUES, M. Magnitude, tendência e espacialização da hanseníase em menores de 15 anos no estado da Bahia, com enfoque em áreas de risco: um estudo ecológico. Revista Hygeia, v. 11, p. 201, 2015.

CAPÍTULO 36

AMERÍNDIOS E A PANDEMIA DE COVID-19: ANÁLISE HISTÓRICA E CONTEMPORÂNEA EM SAÚDE

André Luiz Corrêa Filho[1], José Dias da Silva Neto[2], Rochelle Foltram[3], Antônio Homero Rocha Toledo[4]

[1] Discente de Medicina, Universidade do Vale do Sapucaí, Pouso Alegre/MG.
[2] Docente do Departamento de Biologia e Mestrado Profissional em Ciências Aplicadas à Saúde, Universidade do Vale do Sapucaí, Pouso Alegre/MG.
[3] Doutoranda em Antropologia Social, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos/SP.
[4] Docente do Departamento de Medicina, Universidade do Vale do Sapucaí, Pouso Alegre/MG.

Palavras-chave: *SARS-Cov-2; Serviço de Saúde Indígena; H1N1;*

1. INTRODUÇÃO

Desde as primícias da civilização, a espécie humana coexistiu com riscos biológicos virais, bacterianos e micóticos, que caracterizam quadros clínicos de doenças infectocontagiosas. Essas moléstias abatiam milhares de indivíduos, e acreditava-se que se tratava de castigos provenientes de entidades espirituais, fruto do credo específico de cada sociedade (HEGENBERG, 1998). Durante a Expansão Marítima e Comercial, a chegada de colonizadores em solo americano, trouxe consigo diversas doenças infectocontagiosas, que foram responsáveis por dizimar grande número de ameríndios, não por fator de imunodeficiência, mas sim pela inexistência de doenças epidêmicas nas Américas recém descobertas (ALMEIDA & NÖTZOLG, 2010).

A primeira epidemia em solo brasileiro foi registrada no ano de 1563, porém, anteriormente em 1561 foi referenciada pelo jesuíta espanhol José de Anchieta. Tratava-se da varíola, doença causada pelo vírus *Orthopoxvirus*, introduzida pelos colonizadores

portugueses, apresentando alta letalidade quando contraída pelos indígenas (RILEY, 2010). A varíola é uma doença viral, no qual o principal depósito natural é o humano, os sintomas iniciam-se em média de 12 dias, quando começam surgir as primeiras protuberâncias de pele, evoluindo para óbito. Sua transmissão se dá por meio de interação com portador via gotículas de saliva e secreções da cavidade respiratória. O primeiro soro contra a doença surgiu no Brasil em 1840, e foi trazido pelo Barão de Barbacena, porém, seu acesso foi restrito à Casa Real e à nobreza agrária, preponderante nesse período (LOPES & POLITO, 2007). No ano de 1974, a América do Sul foi o primeiro continente a erradicar a doença, sob circunstância de uma imunização total da população. Entre os populares os efeitos da doença eram conhecidos como “bexiga preta” e se caracterizava pelo aparecimento de bolhas de sangue na pele, além disso os indivíduos que evoluíam para óbito eram sepultados em cemitérios à parte, devido ao alto teor de contágio da doença (PERES, Maria Alves, em entrevista pessoal ao autor André Luiz Corrêa Filho. A entrevistada expôs relatos sobre como ouvia entre os seus viventes a forma com que a doença era conhecida e personificada fora do meio científico da época entre 1950 e 1960.)

Paralelamente à varíola, a tuberculose é uma doença bacteriana que caminha junto à humanidade há milênios, estudos em múmias egípcias atestaram sua existência desde o Antigo Egito (ZISKIND & HALIOUA, 2007). Foi trazida para o Brasil em 1549, concomitantemente aos fluxos colonizatórios do Ocidente vindos para cá, afetando principalmente os indígenas, que não possuíam nenhum contato anterior com o bacilo, além dos escravos africanos que no cativeiro do translado, atracavam no solo nacional desnutridos e doentes, o que facilitava o contágio e agravamento da doença, letal para esses grupos (Daniel, 2000). O agente etiológico *Mycobacterium tuberculosis*, só foi identificado no século XIX, por Robert Koch, que o denominou: Bacilo de Koch. Contudo, as ideias iniciais de tratamento só foram consideradas na década de 1960, e apenas em 1973 o esquema tríplice bacilo *Calmette–Guérin* (B*CG*) foi ajustado e disponibilizado para população. Entretanto, o desenvolvimento letal da doença sempre esteve presente entre as classes menos favorecidas, associado à falta de condições sanitárias, desnutrição e aglomerados urbanos precários. Ainda nos dias atuais, a tuberculose é a principal causa de morte infecciosa no mundo, principalmente em países subdesenvolvidos, com altos níveis de pobreza (PAHO, 2018).

Epidemiologia e Políticas Públicas de Saúde

As doenças infectocontagiosas estão presentes em todos os momentos da história, e sua expressão depende principalmente de aspectos sanitários e sociais. No século XX, o mundo passou por diversas modificações, desde o pensamento político às novas formas de trabalho. Nesse período, as cidades se consolidaram como polos industriais, recebendo grande aporte de população, advinda principalmente do campo. Apesar do predomínio secular de atividades agrícolas, a indústria passou a incorporar também a engrenagem econômica.

Entre 1918 e 1919 o mundo foi derrocado não só pela 1º Guerra Mundial ou Guerra das Guerras, mas também pela epidemia de Gripe Espanhola, responsável pela morte de 50 milhões de pessoas em todo mundo (CROSBY, 2003). A priori sua etimologia era desconhecida, porém, posteriormente constatou-se que se tratava de uma mutação aleatória do vírus H1N1 (subtipo de *Influenzavirus* A. A letra H refere-se à proteína hemaglutinina e a letra N à proteína neuraminidase), causador da gripe Influenza tipo A. No Brasil, as capitais Rio de Janeiro, Salvador e São Paulo, foram considerados epicentros, por concentrarem maior número de adoentados e mortos, por uma infecção com alta virulência e alto potencial de propagação. Ademais, os principais centros urbanos haviam sido modernizados, sob um conceito europeu de bons ares, contudo, o clima fétido e mórbido caracterizou a imagem postal dessas cidades.

Hodiernamente, no ano de 2009, uma nova variação do vírus H1N1, o H2N2 (Gripe asiática influenza A), causou um novo surto epidêmico global, que se iniciou no México e rapidamente tornou-se um desafio à Estrutura de Saúde Mundial. No Brasil, os primeiros contágios foram registrados em Maio de 2009, o que levou a União a decretar o fechamento de aeroportos e de vias de fluxo de pessoas, como forma de estabelecer uma barreira sanitária, já que grande parte dos infectados entravam em contato com o patógeno através de interação com indivíduos que provinham de outros países. A princípio, medidas profiláticas incluíam higienização constante das mãos e isolamento social, com a finalidade de evitar contato com grandes conglomerados onde o vírus possuía maior adesão e taxa de contágio. Nesse momento, campanhas de vacinação contra a Gripe Influenza foram ampliadas, visando imunizar grande parte da população, a fim de evitar a superlotação do Sistema Público de Saúde nacional, o SUS (Sistema Único de Saúde).

Concomitantemente ao Inverno Chinês na província de *Hubei*, em *Wuhan*, surgiu em Dezembro de 2019 um novo desafio frente à Saúde Pública, a *Sars Cov*-2, doença respiratória causada pelo patógeno viral, popularmente conhecido por Corona Vírus, a COVID-19. A contaminação por Corona Vírus se dá de forma coletiva e silenciosa, e seus sintomas são semelhantes aos sintomas da Influenza A, contudo, a *Sars-Cov*-2 compromete o sistema respiratório de forma grave, na qual indivíduos que já apresentam comorbidades crônicas evoluem rapidamente para o óbito. Proveniente da China, a COVID-19 se espalhou rapidamente pela Europa, pelas Américas, e em Março de 2020, foi registrado o primeiro caso da Síndrome Respiratória em solo Brasileiro. O aparecimento dessa virulência, alterou o formato das relações interpessoais e reforçou o debate acerca da importância da oferta da Saúde, e o quanto a distribuição pública desse direito é necessária, frente a milhares de enfermos em um sistema sucateado e negligenciado pelas instituições de poder nacionais. Mais do que nunca a promoção de saúde tornou-se um privilégio para a população, em tempos de Corona Vírus.

2. MÉTODO

O relato estudo foi mediado através de levantamento bibliográfico de literatura no que consiste à Epidemiologia no contexto histórico mundial e nacional, assim como levantamentos de dados epidemiológicos de autoridades mundiais, como a Organização Mundial de Saúde (OMS), como também dados do Ministério da Saúde e de outras pastas no que se relaciona aos protagonistas desse proposto. Ademais, conta com relato Xikrín, comunidade indígena de Trincheira Bacajá, no estado do Pará, sobre a experiência humanista em saúde no momento de SARS-Cov-2.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. Demografia indianista no Brasil

Historicamente, os povos indígenas foram os primeiros habitantes do território que compõe hoje o Brasil. Quando as primeiras caravelas atracaram no solo nacional deu-se o primeiro grande choque cultural, ocorrido entre os indígenas habitantes dos litorais

(*tupi-guarani*) e os europeus recém-chegados na terra de Vera Cruz. No que tange a essa interação, ambos grupos éticos viam-se sob olhar de estranheza, já que eram inúmeras as divergências culturais existentes entre ambos grupos. O primeiro documento histórico escrito no Brasil em maio de 1500, redigido por Pero Vaz de Caminha, registra as primeiras impressões sobre o território e sobre os indivíduos habitantes da terra recém descoberta.

> A feição deles é serem pardos, maneira de avermelhados, de bons rostos e bons narizes, bem-feitos. Andam nus, sem nenhuma cobertura. Nem estimam de cobrir ou de mostrar suas vergonhas; e nisso têm tanta inocência como em mostrar o rosto. Ambos traziam os beiços de baixo furados e metidos neles seus ossos brancos e verdadeiros, de comprimento duma mão travessa, da grossura dum fuso de algodão, agudos na ponta como um furador. Metem-nos pela parte de dentro do beiço; e a parte que lhes fica entre o beiço e os dentes é feita como roque de xadrez, ali encaixado de tal sorte que não os molesta, nem os estorva no falar, no comer ou no beber (CAMINHA, Pero Vaz de, 1500).

Caminha, em seu documento descreve com espanto, os usos culturais pertencentes aos povos nativos, demonstrando indignação, ao visualizar um índio utilizando um disco labial, costume inexistente no Velho Mundo. A introdução da colonização no Brasil em 1536, e seu conseguinte afluxo de pessoas para ocupar e produzir na nova terra, foi responsável por causar o grande genocídio indígena no Brasil, que se deu através da introdução de patógenos inexistentes no território, usurpação de territórios, fato que inviabilizava o método de produção subsistente, além do grande aporte de autóctones que foram empregados no cultivo da cana compulsoriamente, ante à vinda também compulsória dos escravos africanos.

A priori, vale ressaltar que a população indígena desde o descobrimento até o início dos anos 1900, apresentou grande decréscimo. Em 1500 haviam 3 milhões de nativos no solo nacional, com a introdução da monocultura intensiva de Cana de Açúcar e seu conseguinte apresamento de indígenas, em 1570 houve o alastramento superior a 50%, no qual somavam-se 1,2 milhões de nativos. O decréscimo se deu até meados do século XX, no qual a população étnica foi reduzida drasticamente a 70.000 indivíduos (AZEVEDO, 2008).

Esse quadro de redução só começou a ser atenuado na década de 70, paralelo ao estabelecimento da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) em 1967, a qual possuía como missão: representar os grupos étnicos e coibir sua programada extinção. A partir da

fundação da FUNAI, a população indígena passou a crescer demograficamente, somando hoje um contingente populacional de 896.917 indivíduos (IBGE, 2010). A diminuição demográfica a qual os grupos étnicos foram sentenciados, culminou na extinção de diversos grupos, como o grupo *Potiguar* composto inicialmente por aproximadamente 100.000 indivíduos, habitantes da costa do Rio Grande do Norte, hoje completamente extintos (IBGE & FUNAI, 2000).

Hodiernamente, em todos os estados da União, inclusive no Distrito Federal, existem grupos étnicos diversificados entre si. Estão em grande parte ocupando zonas rurais, como também estão presentes nos círculos urbanos. Fora do perímetro civil vivem cerca 517.383 nativos, geralmente ocupando regiões de reserva indígena concedidas ao controle dos povos específicos de cada região, contudo, nas áreas citadinas somam 379.534 indivíduos (IBGE & FUNAI, 2010).

Dentro desse imenso aporte de índios brasileiros, muitas são as etnias, os costumes e as línguas, que resultam em pluralidade léxica nas matrizes falantes dentro do território brasileiro, são aproximadamente 274 línguas faladas dentro do Brasil, inclusive reconhecidas por órgãos gestores (IBGE & FUNAI, 2010).

Dentre às regiões do País, a que concentra maior número de indígenas é a Região Norte, com aproximadamente 342.836 indivíduos, e especificamente, o estado que concentra maior parte desses povos é o Amazonas, representando cerca de 55% da região como um todo (IBGE & FUNAI, 2010).

3.2. A SARS-COV-2 e o meio

> Boa tarde povo Xikrin! Rochelle, a branca do coco babaçu quem está falando. Eu quero saber se todos vocês estão bem? Ninguém está com o corpo frio? Ninguém está com dor? Está no ar o 6º informativo da ABEX. No Brasil são mais de um milhão e duzentos brancos contaminados e mais de 55 mil mortes causadas por corona vírus. No estado do Pará são mais de 94 mil brancos contaminados e quase 5 mil mortes. O número de brancos e brancas contaminados só vem aumentando na região, o vento está ruim, o vento está doente, em Altamira são 1438 brancos contaminados e 50 mortes, em Brasil Novo são 179 brancos contaminados e 3 mortes, em Senador José Profílio são 390 brancos contaminados e 16 mortes, em Vitória do Xingu são 508 contaminados e 13 mortes, em Anapú são 440 contaminados e 6 mortes, em Pacajá são 255 brancos contaminados e 7 mortes, em Marabá são 3.838 brancos contaminados e 135 mortes. O corona vírus, se espalha pelo ar muito rapidamente, se uma pessoa pega e leva para aldeia vai contaminar muitas pessoas. No Brasil, já são 110 povos indígenas atingidos pela Covid-19,

> somando um total de 7208 indígenas contaminados e 332 mortes. Como todas as semanas, nós alertamos que o número de contaminados aumenta e muitos indígenas estão morrendo, por isso, se mantenham em suas aldeias para se proteger e proteger os velhos, as mulheres e as crianças. (FOLTRAM, 2017).

A decorrência de epidemias frente à civilização humana, são responsáveis pela revisão do discurso epidemiológico e pelas modificações que inferem sobre o cotidiano individual. A pandemia de Covid-19, em suas proporções globais, alterou a forma de vida da sociedade e modificou o debate acerca da forma que a saúde pública é distribuída na população. Por se tratar de uma doença epidêmica, com rápido contágio e comprometimento de sistemas vitais, a Sars-Cov-2 além de se sobrepor sob as civilizações urbanas, desafia também as civilizações tradicionais, como os povos indígenas brasileiros espalhados por todo Brasil, concentrados principalmente na região Norte do país (IBGE & FUNAI, 2010).

A chegada da Covid-19 no território brasileiro e as políticas de contenção empregadas em seu controle foram bem semelhantes ao surto de H2N2 (Gripe Asiática Influenza A) ocorrido em 2009. A política sanitária elaborada a partir da decorrência da SARS-Cov-2, reestrutura a forma com a que as pessoas se relacionam na sociedade, além do reforço aos hábitos de assepsia e antissepsia. No plano social coletivo, visa-se reduzir a circulação de pessoas através do fechamento de comércios de serviços não essenciais, que incluem todo setor de vestuário, alimentício e demais atividades do setor terciário, foram mantidas apenas atividades comerciais essenciais, como supermercados, farmácias e o setor alimentício pode manter suas atividades através da terceirização de uma categoria pouco protegida, os entregadores de *fast-foods*. Ainda no que tange à interação coletiva, tornou-se obrigatório a utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI) em espaços públicos de vivência, a fim de reduzir a emissão de gotículas, principal meio de transmissão (WANG, 2020). A posteriori, aeroportos e vias de grande afluxo de pessoas foram fechadas, e o isolamento social foi referido como principal forma de impedir o contágio, já que os sintomas evoluem de forma diferente entre os indivíduos, sendo que naqueles que são portadores de comorbidades e possuem idade avançada, a doença evolui de forma grave e pode levar o portador ao óbito.

No Brasil, o primeiro caso de infecção pelo Corona Vírus foi registrado em Março, e se tratava de um indivíduo que retornava a pouco de Milão, principal epicentro da

Covid-19 na Itália, país que entre Fevereiro e a primeira quinzena de Agosto do ano presente registrou aproximadamente 250.826 casos confirmados, e dentre os infectados 35.209 óbitos até o corrente momento (OMS, 2020). Dentro do cenário nacional, a COVID-19 evoluiu de forma rápida e progressiva desde seu início em Março, quando a União decretou estado de calamidade pública, no qual entre Março e Agosto de 2020 foram registrados 3.057.470 casos confirmados e 101.752 óbitos por Covid-19 (BRASIL Ministério da Saúde, 2020).

Entretanto, o isolamento social foi considerado pelas autoridades em Saúde a forma mais segura para se proteger da SARS-Cov-2, porém a estratégia foi aderida pela população somente nos meses iniciais, posteriormente a taxa de isolamento no país sofreu grande decréscimo e a curva de infecção projetou-se à altos valores. Em março, a taxa de isolamento social sob a população bruta era superior a 50%, já em agosto esse quadro sofreu modificações e a população pode ser vista em massa nos espaços públicos, estabelecendo taxa de 36,7 % de isolamento social (Base In Loco, 2020).

Com base na totalidade, as regiões que se constatou transmissão coletiva da COVID-19 foram Sudeste e Nordeste, nessas regiões as infecções foram simultâneas, e a crise anunciada sob a política da saúde pública brasileira pode ser vista com mais clareza. A região Sudeste, líder em todas bases de dados conta com 1.073.152 casos confirmados e 46.179 óbitos, além disso o número de casos diários, somam aproximadamente 16.577 novos casos ao dia. A segunda grande região é a Nordeste, no qual até o presente momento somam-se 972.633 casos confirmados e 31.198 óbitos, diariamente são registrados 14.757 novos casos da doença (BRASIL. Ministério da Saúde, 2020).

De modo secundário, o Norte do país é a terceira região que concentra maior número de casos de COVID-19, entre março (primeiros casos notificados no país) e agosto de 2020 o número de infectados e óbitos cresceu continuamente. No atual momento, somam-se 453.632 casos confirmados acumulados, com uma taxa de transmissão diária de 5.156 novos casos, e 12.466 óbitos, em uma taxa de 72 novos óbitos ao dia (BRASIL. Ministério da Saúde, 2020). Vale ressaltar que a decorrência de novos casos e registros de óbitos são variáveis e podem decrescer ou aumentar de acordo com o

acatamento das recomendações sanitárias diferentemente interpretados em cada sub-região do país.

Sob a mesma perspectiva, as sociedades tradicionais também foram afetadas com chegada da COVID-19 no que se refere ao enfrentamento e a adesão às medidas de contenção sanitárias. Dentro do território brasileiro coexistem variadas sociedades indígenas, muitas delas nunca contatadas pelo mundo ocidental. A chegada da virulência modificou o mundo ocidental, como também modificou a vida dos povos da mata que atualmente enfrentam o problema de uma crise em Saúde, além do antagonismo social, como o uso de EPI (Equipamento de Proteção Individual), culturalmente ocidental. A região indígena mais afetada pela COVID-19 é a região Norte, que conta com população indígena, predominantemente rural de 305.873 indivíduos (IBGE & FUNAI, 2020).

O primeiro caso de COVID-19 registrado dentro de território nativo ocorreu no município Santo Antônio do Iça, no estado do Amazonas, e tratava-se de uma jovem de 20 anos pertencente ao povo *Kokama*, ressalta-se que o contágio ocorreu através do contato entre a jovem e um profissional Médico advindo da capital paulista à serviço da Secretaria Especial de Saúde Indígena, a SESAI, o que torna o intercâmbio de profissionais o principal vetor da expansão contínua da doença, já que no país não ocorre o controle sanitário intermediado pela testagem em massa (APIB, 2020).

Por se tratar de uma doença infectocontagiosa de transmissão coletiva e silenciosa, os números de infectados no contexto das áreas de ocupação indígena começaram a crescer desde o primeiro contágio. Entretanto, sob a perspectiva do caos sob a Saúde Pública, somam-se divergências epidemiológicas no que tange ao registro e levantamento de dados referentes a *SARS-Cov-2*. Um levantamento epidemiológico realizado pela Articulação dos Povos Indígenas Brasileiros (ABIP), contabilizou no início do mês de Maio do presente ano, 308 indígenas contaminados e 77 óbitos por COVID-19, em contra partida, dados disponibilizados pela SESAI, apontam 222 contaminados e 19 óbitos, além de contabilizar 240 casos sem designação étnica, inviabilizando uma perspectiva exata da situação-problema, o que motivou a APIB à manifestação contra a falta de transparência e racismo institucional, através da omissão de informações da Secretaria Especial (APIB, 2020).

De acordo com levantamento realizado pela ABIP no final do mês de Maio, a mortalidade da COVID-19 sofreu aumento em 70% entre 11 e 25 do mês de Maio, com um total de 131 óbitos, ademais, a letalidade da doença entre os povos indígenas foi maior que entre a população geral, 11,4% dos casos confirmados evoluíram ao óbito, enquanto no geral brasileiro, 6,3% evoluíram ao óbito. Já no início do mês de junho, o aumento expressado foi exponencial, caracterizou-se um crescimento em 550%, com 182 óbitos em um total de 1868 casos confirmados. Em meados de junho, em evolução constante os povos da mata contavam com 2886 contaminados e 256 óbitos pelo novo Corona Vírus. (APIB, 2020).

3.3. O que é a COVID-19 de fato?

> "O coronavírus, se espalha pelo ar muito rapidamente, se uma pessoa pega e leva para aldeia vai contaminar muitas pessoas" (FOLTRAM, 2017).

Inicialmente, no mês de dezembro do ano de 2019, em Wuhan na província de Hubei, surgiu um tipo de pneumonia com sinais clínicos semelhantes a uma pneumonia viral, de evolução rápida e etiologia desconhecida. Posteriormente constatou-se que se tratava de uma pneumonia de coronavírus, sendo reconhecida pela Organização Mundial da Saúde por COVID-19. Rapidamente, as infecções tornaram-se comuns e um grande número de pessoas foram acometidas pela doença, de contágio pessoal, de humano para humano. Através de estudos pioneiros frente a uma vanguarda patogênica, se pode entender que o acometimento da unidade viral e alta taxa de replicação, causava a Síndrome Respiratória Aguda Grave (WANG, 2020).

No entanto, as infecções iniciais apresentavam divergências clínicas pelos sintomas serem semelhantes a uma infecção viral por Influenza A, e a natureza do novo patógeno só pode ser desvendada através de estudos laboratoriais surgidos a partir da eminente crise global da saúde pública. Ademais, após estudos em amostras de material extraído dos doentes, constatou-se tratava de um vírus de RNA (Ácido Ribonucleico) positivo de fita simples e sentido SS (*Positive senso single-stranded RNA viroses*) e que a natureza taxonômica do vírus era proveniente da ordem *Nidovirales*, da família *Coronaviridae*, pertencente ao gênero *Betacoronavirus* (linhagem B) (ICTV, 2020).

A priori, acredita-se que a origem das primeiras transmissões do vírus se deu através do comércio e consumo de frutos do mar, além da venda de animais silvestres vivos, dentre eles, répteis, coelhos e seres hematófagos. Eventualmente, após interação com o patógeno, os primeiros sintomas só podem ser clinicamente observados após 9 dias corridos, em média. Dentre as principais características da infecção observadas a partir de evidências clínicas pós período de incubação (3 dias), somam-se, febre acima de 37ºC (87,9%), tosse com ausência de secreção (67,7%) e fadiga (37,1%), assim como observou-se a ocorrência frequente de dispneia nos pacientes que evoluíram à infecção de forma grave (WANG, 2020).

Entretanto, a infecção possui baixa mortalidade quando se refere a indivíduos saudáveis, no entanto sua alta transmissibilidade propicia um rápido acometimento de muitas pessoas, pelo fato da transmissão ocorrer de forma direta, proveniente da interação social e seu conseguinte estrito contato com secreções com alto depósito de cópias virais. A evolução grave envolvendo a infecção por Coronavírus, se dá principalmente em portadores de condições crônicas, como a diabetes, patologias cardiovasculares e doenças atreladas ao trato respiratória (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica). Estudos realizados por especialistas chineses constataram que indivíduos do sexo masculino são mais suscetíveis a desenvolverem a Síndrome Respiratória Aguda Severa (WANG, 2020).

3.4. Política de atenção à saúde indígena

As interações intercontinentais, em geral sempre resultaram em perdas populacionais e usurpação material, através da introdução de patógenos e confrontos bélicos. No que tange às interações entre a civilização ocidental e os autóctones americanos, o contato sempre foi mediado com receio por parte dos grupos étnicos, devido a existência de uma memória histórica de encontros com efeitos negativos nos séculos anteriores, já que a incidência dos contatos anteriores tornaram corriqueira a incidência de infecções, doenças a níveis epidêmicos, atos de violência extrema, apresamento de territórios, que bruscamente exterminaram grupos étnicos inteiros, impedindo esses grupos de prosseguirem historicamente como grupos culturalmente diferenciados.

No território brasileiro, as variações populacionais sempre acompanharam os grupos indígenas presentes no país, quase levados à extinção por conta de incidência de doenças e falta de assistência por parte da União. Entretanto, esse panorama só pode ser equilibrado através da criação da FUNAI, entidade representativa das populações indígenas, em 1967 e pela emenda constitucional acrescida à Constituição Federal em 1988, que promoveu o reconhecimento da autonomia, da cidadania, e o conseguinte rompimento com a perspectiva integracionista que cercava a política nacional ante a reabertura política.

Posteriormente, em 1999 a Lei Arouca foi promulgada, possibilitando de forma pioneira a organização de subsistemas de Atenção à Saúde dos Povos, pautando o acesso a saúde com uma forma de reforçar a autodeterminação desses grupos, como consta no artigo 231, da Carta Magna (CONSTITUIÇÃO BRASILEIRA, 1998; BRASIL. FUNASA, 2009).

Atualmente, a Atenção Básica e as políticas de gerenciamento de saúde atuam de forma especial sob as populações indianistas, com base na atuação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) de forma geral, e regionalmente através dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), responsáveis pelo atendimento das demandas de saúde apresentadas pelos povos, incluindo a disponibilização de profissionais, distribuição de medicamentos e tratamentos de crônicos.

Entretanto, apesar da organização sistematizada disponibilizada pela União, há déficit de profissionais de saúde, já que muitos não estão dispostos a entrarem nas terras indígenas, por conta das divergências culturais e o apego às formas de vivência ocidentais. Ademais, a indisponibilidade de profissionais suficientes para absorver a demanda existente, os atendimentos demoram ocorrer e as dificuldades enfrentadas durante o transporte, representam o maior desafio para os indivíduos requerentes das comunidades.

3.5. Influenza A H1N1 em paralelo a COVID-19

O século XX foi palco e preconizou diversas modificações no que tange à intervenções na paisagem e na forma com qual são realizadas as ofertas de serviços básico a população em geral. No entanto, tais modificações evidenciaram-se pela resposta

pública, muitas vezes protagonizadas por intermédio de levantes populares, observadas na Revolta da Vacina, movimento popular ocorrido em 1904, na cidade do Rio de Janeiro.

O contexto da movimentação, relaciona-se às imposições sanitárias do Médico Sanitarista Oswaldo Cruz e do então Presidente do País Rodrigues Alves, que julgavam necessárias obras urbanísticas e o controle de doenças contribuintes ao fator de adoecimento da massa popular, como a varíola. A insatisfação pública, porém, é proveniente da ausência de intercâmbio de informações entre o Governo, as autoridades sanitárias e a população, alvo de um movimento governamental de vacinação compulsória, visto negativamente pela sociedade, que se levantou para propor questionamentos.

Posteriormente, em 1918 em paralelo ao conflito bélico mundial, 1º Grande Guerra, o mundo teve que lidar com doença, nunca vista antes, que desafiou Pesquisadores e Médicos com seu alto poder de transmissão e pelo mortal desfecho para muitos acometidos. Paralelamente a esse cenário, o Brasil sofreu a duras penas os efeitos da Influenza A H1N1, através de um grande número de óbitos delineado pela desinformação e pela repentina política de reformas urbanas e imposições sanitárias.

> Tal ordem de sentimento denunciava, por um lado, a total desinformação e o desconhecimento da sociedade sobre o problema que a ameaçava; e, por outro, escondia o medo da população, que via nas medidas sanitárias um pretexto para a revitalização daquelas consideradas coercitivas. (GOULART, 2005)

A reorganização do espaço urbano, consistia em uma série de imposições que visavam alargar avenidas, inserção de cobertura arbórea e modificações em edifícios, a fim de trazer para os centros de influência do país os “bons ares”, conceituados e delimitados pelos Sanitaristas Franceses, precursores desses ideais. No entanto, tais modificações faziam necessária a remoção da população desprovida de recursos dos centros com destino às periferias, já que as localidades não comportavam o que viria a tornar-se a nova cara da cidade brasileira. É válido ressaltar que a organização citadina contemporânea, na qual grande parte da população vive em conglomerados nas encostas e em áreas deficientes de recursos, possui raízes nas imposições sanitárias firmadas anteriormente e no decorrer da pandemia de H1N1.

Como citado acima, o período que compreendeu a ocorrência da Pandemia Mundial de H1N1 (1918-1919) presenciou diversas modificações no campo urbano e na

prática da Saúde Pública. Entretanto, a omissão e a desinformação à população, tornou o caos ainda mais volúvel. As formas de prevenção e controle da *Influenza A* eram desconhecidas, o que deu lugar a diversos questionamentos acerca da forma com que as questões saúde eram interpretadas.

> Nem o seqüestro dos doentes, nem a claustração dos sãos são medidas portadoras de confiança. (Revista da Semana, 26.10.1918, p. 16)

O trecho acima refere-se a veículo de notícia predominante durante a fase em questão. É possível observar que juntamente a omissão de informações por parte das Autoridades Sanitárias, os meios de informações foram fatores essenciais para a rápida expansão da doença, já que difundiam opiniões divergentes à classe médica da época, desestimulando em partes a única forma de proteção, a quarentena (claustração dos sãos).

Porém, após o rápido aumento da mortalidade e o total adoecimento da população capitaneado pela Influenza, a sociedade republicana coletivamente apavorada passou a incorporar a política do afastamento social como a única forma de salvação em um universo apavorado, com sua Medicina desafiada por uma máquina mortífera invisível e incombatível.

Contemporaneamente, em tempos de COVID-19, onde a única forma expressa de proteger a integridade biológica é o isolamento social, divergem também as opiniões no que se refere à profilaxia da infecção. Tamanha discordância é observada na população que se encontra em quarentena, enquanto prestadores de serviço, metalúrgicos e funcionários de linha produtiva, tiveram seu direito cerceado em serviço da movimentação da engrenagem financeira.

A priori, o discurso contra a quarentena incorporado durante a pandemia de 1918 e a atual situação de calamidade pública, resultado da decorrência global da SARS-Cov-2 se aproximam na interpretação da medida sanitária, vista como fator de inviabilização à evolução da sociedade, fixação das atividades industriais e seu predomínio, além de modificar o fluxo das atividades comerciais.

A posteriori, é necessário compreender que as doenças evoluem em gravidade e efeito de acordo com o padrão de cada sociedade, ou seja, quanto mais numerosas as deficiências, maior será o fator de adoecimento refletido nos piores casos no grau de mortalidade. Observou-se naquele momento na capital fluminense, que violência

apresentada pela Gripe, era maior em áreas onde a oferta de serviços sanitários era tenuamente nula, além do desfavorecimento financeiro incidir, sobretudo, na condição de saúde desse público, que em geral apresentavam déficits nutricionais e condição fisiológica desfavorável, o que tornava possível o sucesso viral durante o período de incubação, e ampliação da gravidade.

Ainda hoje, a complicação de qualquer doença infectocontagiosa está intimamente ligada à fatores socioeconômicos, observados com clareza no período instável o qual a sociedade vive. Hodiernamente, as autoridades em Saúde instruem a necessidade de higienizar as mãos, de usar EPIs (Equipamento de Proteção Individual) e de cumprir rigidamente o isolamento social, sem pontuar a realidade a qual grande parte da sociedade vive, grupo caracterizado por ser estritamente braçal, com baixo grau de instrução e com inferior disposição de recursos financeiros, o que torna cruel o processo de adoecer.

O futuro da Saúde Pública depende da forma com que os serviços e recursos são entregues para o geral, faz-se necessário repensar: confrontando o presente ao passado, observa-se as mesmas medidas advindas das autoridades de saúde, assim como a dificuldade dos grupos menos favorecidos.

4. CONCLUSÃO

Em suma, compreender a constituição do arranjo sanitário nacional é muito importante, no que se relaciona a trajetória epidemiológica do país. Analisando criteriosamente, é possível perceber como a variação do aporte populacional indígena variou ao longo da constituição da sociedade moderna brasileira, e o quanto o processo de adoecimento dos indivíduos está ligado ao seu decréscimo ao longo dos séculos. Ademais, faz-se necessário associar as preocupações iniciais às questões de Saúde Indígena, somente após a constituição de instituição pública de proteção, expresso através da FUNAI, e posteriormente reafirmado através da reformulação da Constituição Nacional, que garantiu aos ameríndios direito de autoafirmação e independência frente a prática de usos e costumes. No entanto, mesmo após trajeto de luta por direito à saúde e reconhecimento étnico, muitos ainda são os problemas reverberados nas deficiências

frente ao controle e erradicação de doenças epidêmicas ou crônicas dentro das comunidades, sendo o maior deles a indisposição de profissionais habilitados às artes do cuidado à saúde em sua totalidade. Excepcionalmente, além da ausência de profissionais, muitas são as dificuldades também, no que se trata ao intercâmbio e entrega dos serviços, considerando a integridade biológica e as dificuldades de mobilização e acesso efetivo aos serviços de Atenção Primária. Paralelamente, o enfrentamento comum de patógenos virais, relaciona-se a forma com que a política é pensada e posta em prática, fruto disso, a comparação temporal entre a pandemia de Influenza A H1N1 e a atual onda de contágio de Coronavírus, direciona à percepção da forma com que as políticas públicas e o cuidado e atenção a saúde estão intimamente ligados no mesmo viés, já que a política se faz em momentos de crise. Outrora, a reorganização da disposição e entrega de serviços básicos, que segue ainda preceitos do século XX, carece de uma reorganização, que vise ofertar e simultaneamente entregar o principal objeto de desejo, a Saúde. Quiçá, é necessário viabilizar a reformulação da Política Sanitária Brasileira, que ainda segue os moldes urbanos e sociais do final da década de 1970, incabíveis para a atual sociedade industrializada e visualmente estamental.

5. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C.S. & NÖTZOLD, A.L.V. O impacto da colonização e imigração no Brasil meridional: contágios, doenças e ecologia humana dos povos indígenas. Tempos Acadêmicos, n. 6, 2010.

ARTICULAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS DO BRASIL (APIB). “Em tempos de pandemia a luta e a solidariedade que reacendeu no mundo só será completa com os povos indígenas, pois a cura estará não apenas no princípio ativo, mas no ativar nossos princípios humanos”: trecho da Carta Final da Assembleia Nacional da Resistência Indígena. [S.l.]: APIB, 2020. Disponível em: http://emergenciaindigena.apib.info/dados_covid19.

AZEVEDO, M.M. Diagnóstico da população indígena no Brasil. Ciência e Cultura, v. 60, p. 19, 2008.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Lei Arouca: a Funasa nos 10 anos de saúde indígena. [online]. Brasília: Funasa, 2009. Disponível em: http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/livro-lei-arouca-10anos.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Painel Coronavírus: atualizado em 27/08/2020. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível: https://covid.saude.gov.br.

CAMINHA, P.V. A Carta, 1500. [online]. Disponível em: http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/bv000292.pdf.

CROSBY, Alfred W. America’s forgotten pandemic: The Influenza of 1918. 2.ed. Cambridge: Cambridge University Press, 2003. p 203-230.

DANIEL, T.M. The origins and precolonial epidemiology of tuberculosis in the Americas: can we figure them out? International Journal of Tuberculosis and Lung Disease, v. 4, p. 395, 2000.

FOLTRAM, R. Ideologia do extermínio: políticas para povos indígenas durante a ditadura militar de 1964. Saarbrucken: Novas Edições Acadêmicas, 2017.

HEGENBERG, L. Doença: um estudo filosófico [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998. Disponível em: https://static.scielo.org/scielobooks/pdj2h/pdf/hegenberg-9788575412589.pdf.

INTERNATIONAL COMMITTEE ON TAXONOMY OF VIRUSES (ICTV), 2020. Disponível em: https://talk.ictvonline.org/.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE); FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO (FUNAI). Distribuição espacial da população indígena, 2010: censo. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.
LOPES, Myriam Bahia; POLITO, Ronald. “Para uma história da varíola no Brasil”: um manuscrito inédito de Norberto e Macedo. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, v. 14, p. 595, 2007.

MAPA BRASILEIRO DA COVID-19. [S.l.]: InLoco, 2020. Disponível em: https://mapabrasileirodacovid.inloco.com.br/pt.

PAN AMERICAN HEALH ORGANIZATION(PAHO). Tuberulosis in the Americas 2018. [online]. Washington: PAHO, 2018. Disponível em: https://iris.paho.org/handle/10665.2/49510.

RILEY, J.C. Smallpox and American Indians revisited. Journal of the History of Medicine and Allied Sicences, v. 65, p. 445, 2010. Journal of the History of Medicine and Allied Sciences. v. 65, p. 445, 2010.

WANG, L. *et al.* Review of the 2019 novel coronavirus (SARS-CoV-2) based on current evidence. International Journal of Antimicrobial Agents, v. 55, p. 105948, 2020.

ZISKIND, B. & HALIOUA, B. La tuberculose en ancienne Egypte [Tuberculosis in ancient Egypt]. Revue des Maladies Respiratoires, v. 24, p. 1277, 2007.

ÍNDICE REMISSIVO

Abelhas: 148
Abuso sexual na infância: 365
Acidentes de trânsito: 236
Acidentes: 148
Adolescentes: 292
Agentes ANTI-HIV: 51
AIDS: 51
Animais peçonhentos: 265
Arte: 224
Assistência à Saúde: 398
Assistência integral à Saúde da Mulher; 190
Atenção básica; 265
Atenção Primária à Saúde; 40, 357
Atividade Física; 130
Brasil; 66
Bullying; 292
Capital Social; 277
Complicações autorreferidas; 205
Comportamento infantil; 30
Comportamento sexual; 320
Comportamentos relacionados à saúde; 205
Comunidade; 83
Crianças: 252
Cuidado Pré-Natal: 95
Cuidados de enfermagem: 1
Custos de Cuidados de Saúde: 345
Delitos Sexuais:
Demografia: 376
Desenvolvimento infantil: 30
Desnutrição Infantil: 115
Diabetes autorreferida: 205
Educação em saúde: 320
Epidemiologia descritiva: 236
Epidemiologia: 19, 105, 148, 252, 265, 277, 309, 332, 357
Esquistossomose: 19, 309
Fator de risco: 141
Gestante: 163
Gestão em Saúde: 40
Ginecologia: 357
H1N1: 408
Hanseníase: 389, 395
Hermenêutica: 224
Hipertensão: 141
HIV: 51, 167, 252, 376
Ideação suicida: 1
Idosos: 130, 167
Imunização: 163, 332
Indicadores de saúde: 83
Infecções Sexualmente Transmissíveis: 320
Internet: 292
Intersetorialidade: 106
Judicialização da Saúde: 345
Lesões: 123
Medicina:
Médicos: 345
Meningite: 332
Menores de Idade: 365
Mycobacterium leprae: 389
Pandemias: 236
Parasitos intestinais: 83
Parasitos: 30
Perfil Epidemiológico: 66
Piauí: 123
Política de saúde: 309
Políticas Públicas: 106, 115, 376
Psicologia: 106
Rio Grande do Sul: 167
Sarcopenia: 130
SARS-Cov-2: 408
Saúde da Mulher: 259
Saúde Mental: 365
Saúde pública: 19, 40, 277
Saúde: 224
Sedentarismo: 141
Serviço de Saúde Indígena: 408
Sífilis Congênita: 95
Suicídio: 66
Taxa de incidência: 123
Tendências: 389
Tentativa de suicídio: 1
Transmissão vertical de doença infecciosa: 95
Vacina: 163
Vigilância em Saúde Pública: 395
Violência contra as Mulheres: 190
Violência de Gênero: 190