



UNIVERSIDADE DE
VASSOURAS

Construindo Artigo Científico no Curso de Medicina

Organização
Marise Maleck

universidadevassouras.edu.br

Construindo Artigo Científico no Curso de Medicina

1ª Edição

Organizadora
Marise Maleck



Vassouras-RJ
2020

© Universidade de Vassouras

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. Os textos são de inteira responsabilidade dos autores.

Presidente da Fundação Educacional Severino Sombra

Eng. Marco Antonio Vaz Capute

Reitor da Universidade de Vassouras

Prof. Dr. Marco Antonio Soares de Souza

Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação

Prof. Dr. Carlos Eduardo Cardoso

Editora-Chefe das Revistas *Online* da Universidade de Vassouras

Prof.^a M^a Lúgia Marcondes Rordruigues do Santos

Apoio, Realização, Elaboração e Edição

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação

Prof. Dr. Carlos Eduardo Cardoso

Diagramação e Editoração Eletrônica

Maria Paula Viana Baptista/ Davi Mourão Arruda da Silva

Projeto Gráfico

Editora da Universidade de Vassouras

Contatos:

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

Av. Expedicionário Oswaldo de Almeida Ramos,280, bloco 03 – 2º pavimento – Centro - CEP:

27.700-000 – Vassouras-RJ

e-mail: sec.prppg@universidadevassouras.edu.br

Editora da Universidade de Vassouras

Tel.: (24) 2471-8367

<http://editora.universidadevassouras.edu.br>

C7665

Construindo artigo científico no curso de medicina / organizado por:

Marise Maleck. - Vassouras

Vassouras : Universidade de Vassouras, 2020

Recurso digital

Formato: E-book

Modo de Acesso:

<http://editora.universidadevassouras.edu.br/index.php/pt>

ISBN: 978-85-88187-51-1

1. Ciências médicas. 2. Medicina. 3. Redação técnica.

I. Maleck, Marise. II. Universidade de Vassouras. III. Título.

CDD 610

Vera Lucia Nogueira de Paula

Biblioteca CRB-7 -



Sumário

Apresentação.....	5
A saúde mental do idoso avaliada pela escala de depressão geriátrica.....	6
<i>Renata de Souza Guerra, Julia Coelho Braga, Paula Pitta de Resende Côrtes</i>	
Enfermidades prevalentes na unidade de terapia intensiva: uma revisão de literatura.....	10
<i>Matheus Campos Fernandes, Paulo Henrique de Oliveira, Renan Magro Ferreira, Bruno Kfuri Carneiro, Afonso José Celente Soares</i>	
Desenvolvimento de Vacina contra a Dengue.....	14
<i>Bruno Barbosa Cardoso dos Santos, David Abou-Hosn Campos, Mateus de Lima Gilson, Pedro Carvalho Nogueira, Vinicius Marins Carraro, Marise Maleck</i>	
Cirurgia Reparadora: Fissura Labiopalatina.....	17
<i>Ana Laura da Cruz Luiz, Bruna Nogueira Castro, Camila Andrade de Moraes Costa, Fabrício Coutinho Siqueira da Silva, Gabriel Pessoa de Carvalho Oliveira, Marise Maleck</i>	
Depressão pós-parto: uma revisão sobre fatores envolvidos e sua consequência para a relação mãe-bebê.....	21
<i>Jéssica Ferreira Alves, Juliana Profillo Sampaio, Daniel da Silva Vianello, Jaqueline da Silva Felizardo</i>	
Transtornos Mentais Comuns nos Estudantes de Medicina.....	25
<i>Isabelle Oliveira Souza Lima Marco Antônio de Paula Furtado, Gastão Luiz Fonseca Soares Filho, Carmine Martuscello Neto</i>	
Gastrite psicossomática: a relação entre o estresse psicológico e gastropatias em estudantes de medicina.....	28
<i>Bernardo da Luz Barbosa, Caique Nunes Moreira, Gabriel Delucas M. Morelli, Guilherme Dantas Borges, João Pedro Innocencio de Castro, Adilson Novaes Motta</i>	
Os Desafios e a Importância da Ginecologia Infante - Puberal Revisão de Literatura.....	32
<i>Gabriela Oliveira Ayres Barbosa, Amanda Mitsue Simões de Castro, Rodrigo Poncioni de Macedo, Victória Gonçalves Samel, Ramon Fraga de Souza Lima</i>	
Comparação entre a incidência nacional, regional e estadual, da infecção de HIV em gestantes, nos últimos 15 anos – estudo epidemiológico.....	35
<i>Mariana Marques Rechuan, Nina Feital Montezzi, Mayara Cristina Barreto Lysandro, Aline Pereira Barbalho, Luiza Barbosa Brandão, Osvaldo Luiz Aranda</i>	

Apresentação

A disciplina Iniciação científica (IC) do Curso de Medicina da Universidade de Vassouras possui a finalidade de possibilitar aos estudantes, o estímulo e o conhecimento sobre a importância da experimentação científica no curso de medicina da IES.

A disciplina de IC propicia exercitar e estimular a participação dos estudantes em Projetos de Pesquisa, e principalmente, orientar na escolha adequada do tema de estudo para o trabalho de conclusão de curso, na importância da produção científica de artigos científicos e na multiplicação do conhecimento adquirido, e culminando com a Jornada Médica de Iniciação Científica do Curso de Medicina da Universidade de Vassouras (JOMINC).

A Jornada Médica de Iniciação Científica (JOMINC) de IC I e IC III, permite o a possibilidade de apresentar os primeiros trabalhos científicos, que foram resultados das pesquisas realizadas pelos estudantes, através de seus projetos de pesquisa e dos trabalhos de conclusão de curso (TCC), durante as aulas da disciplina de Iniciação Científica I e III, na forma de artigo científico como primeira etapa, e na exposição oral, como segunda etapa, como forma metodológica de avaliação.

Os nove trabalhos e/ou artigos aqui apresentados neste E- book, da Editora da Universidade de Vassouras, foram selecionados, a partir de todos os trabalhos realizados pelos alunos na disciplina de IC I e III, e avaliados por um Comitê Científico específico para este fim, composto pela professora Profa. Dra. Marise Maleck, responsável pela disciplina de Iniciação Científica e de professores do Curso de Medicina, escolhidos pela Coordenação do Curso de Medicina da Universidade de Vassouras.

Profa. Dra. Marise Maleck

Graduada em Ciências Biológicas (Bacharelado e Licenciatura); Mestre em Biologia Celular e Molecular/ IOC/FIOCRUZ; Doutora em Biologia Celular e Molecular/IOC/FIOCRUZ; e Pós-doutorado em Parasitologia/ Ruhr - Universitat Bochum, Alemanha. Professora Titular da Universidade de Vassouras/RJ, do Curso de Medicina (2010-2019); do Mestrado Profissional em Ciências Ambientais e Vice - Coordenadora do Mestrado Profissional em Ciências Ambientais. Pesquisadora e Professora responsável pelo Laboratório de Insetos Vetores/Universidade de Vassouras, na área de entomologia e malacologia de parasitos e vetores. Coordenadora do Grupo de Pesquisa/CNPq: Produtos Naturais bioativos e vetores de importância médica e agrícola. Coordenadora de Pesquisa/Universidade de Vassouras (2014-2017). Pesquisadora Colaboradora no Laboratório de Entomologia Médica e Forense do IOC/FIOCRUZ (2016-atual). Dentre outros, coordena o projeto de pesquisa Controle alternativo dos mosquitos do gênero Aedes, com ênfase em Aedes aegypti através de substâncias naturais de plantas-. REDE ZIKA #1 do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ). ORCID <https://orcid.org/0000-0001-7699-7896>.

A saúde mental do idoso avaliada pela escala de depressão geriátrica

Renata de Souza Guerra†, Julia Coelho Braga†, Paula Pitta de Resende Côrtes†

Introdução

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde, juntamente com a Organização Mundial de Saúde, a depressão é a principal causa de problemas de saúde e incapacidade em todo o mundo. Segundo as últimas estimativas de 2017, mais de 300 milhões de pessoas vivem com depressão¹. Pessoas de idade avançada apresentam maior vulnerabilidade para enfermidades que a população geral² e, nela, a depressão está entre os transtornos psiquiátricos mais comuns³. No Brasil, a população envelhece de maneira crescente e a previsão para o ano de 2025 é de que os idosos serão, em números, por volta de 32 milhões⁴.

O estado depressivo nos maiores de 60 anos parece ter relação com a gravidade de suas patologias preexistentes e com a perda de suas autodeterminações. Trata-se de uma condição patológica incapacitante, com enormes prejuízos à vida funcional e social dos indivíduos. Nos idosos, pode estar aliada a vários fatores, dentre eles, a existência de maior quantidade de comorbidades, gerando limitação para atividades diárias, maiores gastos com saúde e situação de dependência em relação a outras pessoas, o que leva à piora do bem-estar global. Outros fatores envolvidos seriam a perda de familiares e amigos ao longo dos anos, a sensação de isolamento familiar e o afastamento de atividades profissionais⁵.

O quadro depressivo no idoso é tão pouco investigado quanto notado e averiguado pela equipe de saúde e de cuidados geriátricos, mesmo sendo esta patologia de grande magnitude para esta população⁶. Assim, é fundamental que médicos diagnostiquem precocemente estes idosos e estabeleçam mecanismos para desenvolver e elevar o afeto e empatia, buscando dificultar que a fisiopatologia da doença evolua⁴, além de favorecer uma melhora do bem-estar global, do conforto e da satisfação destes pacientes⁷.

A avaliação sistemática dos pacientes idosos, mediante a aplicação de escalas de avaliação de sintomas depressivos por médicos generalistas, poderia contribuir para melhorar a detecção dos casos de depressão nesse grupo etário. Criada por Yesavage *et al.*, a Escala de Depressão Geriátrica (EDG) passou a ser considerada uma escala com propriedades de validade e confiabilidade satisfatórias para rastreamento da depressão senil^{8,9}. A EDG tornou-se, portanto, uma importante ferramenta para avaliar indícios de quadros depressivos nos pacientes idosos.

O objetivo do trabalho foi analisar a literatura e os resultados obtidos em estudos que avaliaram a prevalência de depressão, seus fatores de risco e seus impactos na saúde do idoso e em sua saúde mental.

Material e métodos

Trata-se de uma revisão de literatura, realizada em setembro, outubro e novembro de 2018. As bases de dados consultadas foram Scielo, Lilacs e PubMed, além das plataformas virtuais da Organização Pan-Americana de Saúde¹, do Ministério da Saúde do Brasil¹⁰ e do Censo Demográfico de 2010 do IBGE¹¹. Os descritores procurados foram “transtorno depressivo”, “saúde do idoso” e “saúde mental”. Foram selecionados 14 artigos, compreendendo artigos originais e revisões integrativas, publicados entre 2007 e 2017. Os critérios de inclusão foram artigos que abordassem a aplicação da Escala de Yesavage em grupos de idosos e revisões que abordassem os impactos da depressão na saúde e vida da população idosa. Foram descartados os artigos de acesso pago.

Revisão de literatura

Segundo as últimas estimativas da ONU de 2017, mais de 300 milhões de pessoas vivem com

Afiliação dos autores: † Pró-Reitoria de Ciências Médicas, Universidade de Vassouras, Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil.

depressão¹. De acordo com as projeções, estima-se que, em 20 anos, a depressão ocupará o 2º lugar, perdendo apenas para as doenças cardíacas². Existem muitos estudos na literatura que demonstram a aplicação de escalas para avaliação de depressão em idosos, por se tratar de uma condição comum nessa faixa etária^{7,9}.

Em um estudo realizado com 503 idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família, em Dourados, Mato Grosso do Sul, com aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (EDG), foram identificados 173 (34,4%) idosos com sintomas depressivos, não havendo diferença significativa entre homens e mulheres. A presença de depressão foi maior entre os idosos com maior número de doenças crônicas e os idosos residentes em instituições de longa permanência, quando comparados aos que moravam na comunidade ou os que estavam hospitalizados. Mais de 70% dos idosos afirmaram ter interrompido suas atividades, preferir ficar em casa a sair e fazer coisas novas e achar que as outras pessoas estão em uma situação melhor. A pouca escolaridade também contribuiu para a apatia, a desmotivação e a desesperança⁵.

Em um estudo transversal realizado em um grupo de 75 idosos de 65 a 91 anos de idade, ao qual foi aplicada a EDG, observou-se que a prevalência de sintomas de depressão foi mais elevada nos idosos solteiros e viúvos, relativamente em idosos casados. A probabilidade de apresentar sintomas de depressão foi 74,1% mais baixa nos idosos não institucionalizados. O fato de estes idosos viverem sozinhos, serem viúvos e estarem institucionalizados parece contribuir de forma evidente para a presença de sintomas depressivos. Os sintomas sugestivos de depressão grave são mais frequentes nos idosos institucionalizados (40%) do que em idosos não institucionalizados (13%)¹².

No estudo de base populacional, realizado no sul de Santa Catarina, que avaliou 1.021 idosos entre 60 e 79 anos, a prevalência de depressão foi de 26,2%. Os transtornos depressivos foram associados a fatores de risco como nove anos ou mais de estudo, tabagismo atual, além de fatores sociodemográficos, como nível de escolaridade, e doenças crônicas, como a hipertensão arterial¹³.

Um estudo realizado com 210 idosos do município de Maringá, Paraná, mostrou que 23,3% dos idosos evidenciavam depressão, com razão de chance de ocorrência maior para os residentes de um condomínio de idosos do que na comunidade⁴.

Em outro estudo realizado no Distrito Federal com 102 idosos asilados, aplicou-se a EDG, 49,0% destes apresentavam depressão, sendo que 36,3% apresentavam-se com depressão em sua forma mais branda, enquanto 12,7% sofriam com a apresentação severa desta patologia. Estudos demonstram conexão entre a presença do estado depressivo no idoso e alguns aspectos fisiológicos, cronológicos, sentimentais e de

gênero, dentre eles, destacam-se: mulheres com idade avançada; o aumento das limitações e interdependências; angariando uma profunda insatisfação pessoal e sensação de incapacidade. Tudo isso leva ao aumento dos sintomas controlados pelo sistema simpático como a insônia, piorando ainda mais a comprometida qualidade de vida destes idosos⁶.

Em uma revisão integrativa que analisou seis grupos de fatores associados à depressão em idosos institucionalizados, sendo eles sociodemográficos, condições de saúde, capacidade funcional, comportamento, cognição e medicamentos, também foi observado que o fato de os idosos viverem sozinhos, serem viúvos e estarem institucionalizados evidenciou uma maior predisposição aos sintomas depressivos. A prevalência da depressão também foi maior em pacientes que possuem alguma doença crônica e que têm idade mais avançada. Todavia, apesar da maior prevalência deste dado, os resultados encontrados não foram significativos. O estudo também observou que, enquanto a depressão se situa em até 14% dos idosos não institucionalizados, nos institucionalizados, esse índice pode chegar a 30%. Outros fatores também foram apontados por se associarem à depressão, como acidentes, maiores custos com a saúde, riscos de queda, escassez de cuidados médicos e de enfermagem. O estudo indicou que, apesar de não ter uma diferença muito significativa, as mulheres apresentam maiores índices depressivos quando comparadas aos homens. E ainda, quando comparados os idosos que viviam sozinhos com os que viviam com o cônjuge, se observou maior prevalência nos primeiros¹³.

Um estudo transversal realizado em um hospital terciário do Rio Grande do Sul, através da aplicação da EDG de Yesavage (versão reduzida), do Mini-Exame do Estado Mental (MMSE) e da Escala de Katz das Atividades da Vida Diária, que incluiu 50 pacientes senis, 46% dos participantes apresentaram depressão. Observou-se uma prevalência de depressão maior do que nos dados da literatura. O estudo evidenciou uma associação entre estado mental e funcionalidade: pacientes com maior independência funcional alcançaram maior média de escore do MMSE¹⁴.

Discussão

Apesar de ainda ser considerado um país jovem, a população brasileira está envelhecendo, seguindo o padrão mundial. O rápido crescimento da população idosa no país demanda crescente capacitação especializada por parte dos profissionais interessados em atuar ou que já atuam junto a essa população. A expectativa é de que os cuidados em saúde geriátrica e gerontológica estejam entrando em uma nova era de crescimento e desenvolvimento, apesar de inúmeros

problemas de infraestrutura em diversos setores ainda persistirem em nosso país².

A população senil é mais vulnerável ao adoecimento quando comparada a população geral e devido a isto necessita com maior periodicidade dos serviços de assistência à saúde. A incidência de transtornos psiquiátricos nos idosos é alta, com destaque para a demência e a depressão². Depressão é uma patologia incapacitante, com grandes danos à funcionalidade dos que sofrem³. Tida como um problema de saúde pública, no serviço de atenção primária é responsável por volta de 17% dos tratamentos feitos nos idosos². Os estudos demonstram que as estimativas de prevalência da depressão são maiores nos pacientes com comorbidades^{3,6}, pois isso gera sentimento de impotência e perda de autonomia, além de perda da independência⁶.

Mesmo que a depressão no idoso seja algo frequente na medicina generalista e especializada, ainda assim é um distúrbio difícil de identificar³. A depressão geriátrica não é frequentemente diagnosticada e, mais importante, não é tratada. Ela está associada a vários fatores predisponentes, estando entre os mais destacados pela literatura: limitação funcional associada ao aumento das comorbidades, inerentes ou não ao idoso, dor e doenças crônicas^{2,3,5}, gênero feminino, aumento da idade, óbito do cônjuge, pouca assistência da comunidade^{2,3,7}, bem como, ser institucionalizado^{6,13}. Destes, dois fatores que se apresentam com bastante consistência são o gênero feminino e a idade avançada^{3,6}. Sendo assim, um estudo em que há predomínio da população feminina idosa pode mostrar maior índice de depressão.

A típica “depressão feminina” parece ser decorrente mais da exposição frequente da mulher senil a algumas condições de risco (situação marital, baixa renda e escolaridade, estado de saúde, limitação funcional, baixo suporte social) do que uma questão meramente biológica². Desse modo, torna-se importante atentar-se a essa população, geralmente composta por viúvas, o que eleva o risco de desenvolver um quadro de melancolia e desalento. Os idosos casados apresentaram risco menor de desenvolver quadros depressivos do que aqueles que não eram mais ou nunca foram casados¹³.

Quando se analisa a escolaridade dos indivíduos depressivos a bastantes divergências entre os estudos, enquanto uns mostram maior associação entre depressão e maior nível de escolaridade, outros afirmam haver certa relação entre o menor tempo de estudos e o estado depressivo, ou ainda, não encontram correlação significativa. Portanto, depende da população analisada no estudo³.

A depressão é problema de saúde pública⁷ e acomete, com maior frequência, a população idosa, e o grande problema é que, muitas vezes, os casos não são devidamente diagnosticados, tanto pela família,

quanto pelos especialistas^{4,5}. Os sintomas depressivos que atingem os idosos frequentemente passam pela dificuldade do reconhecimento desta doença como uma patologia, também geriátrica, que necessita ser diagnosticada, devidamente tratada e acompanhada, no intuito de se ofertar a melhor condição social e conforto a esta população. A negação de tudo isso acrescenta insatisfação e encargos com a saúde, sejam eles diretos ou indiretos⁶. É difícil definir depressão, visto suas múltiplas formas de se manifestar, bem como a amplificação de sua nosografia³, o que torna importante a capacitação dos profissionais da saúde para identificação dos sinais da doença e para abordá-la de forma específica⁶. Sabe-se que não é parte normal do envelhecimento; é uma doença, e deve ser reconhecida e tratada efetivamente.

Considerações Finais

Os quadros de depressão são frequentes na população idosa. A identificação da depressão em idosos pode favorecer a geração de políticas públicas que propiciem intervenções mais precoces e adequadas pelos profissionais envolvidos na prestação de serviços para essa população. Há uma grande necessidade de orientação e planejamento da atenção em saúde mental do idoso, com cuidados continuados voltados para essa população. Para isso, os profissionais de saúde devem estar capacitados para lidar com os pacientes idosos, de forma a orientá-los e compreender suas demandas não apenas físicas, mas também emocionais.

Referências

1. Organização Pan-Americana de Saúde, Organização Mundial de Saúde. Com depressão no topo da lista de causas de problemas de saúde, OMS lança campanha “Vamos conversar” [internet]. PAHO; 2017 [acesso em 2018 ago 03]. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5385:com-depressao-no-topo-da-lista-de-causas-de-problemas-de-saude-oms-lanca-a-campanha-vamos-conversar&Itemid=839
2. Pinho MX, Custódio O, Makdisse M. Incidência de depressão e fatores associados em idosos residentes na comunidade: revisão de literatura [internet]. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2009; 12 (1): 123-140.
3. González ACT, Ignácio ZM, Jornada LK, Réus GZ, Abelaira HM, Santos MAB, et al. Transtornos depressivos e algumas comorbidades em idosos: um estudo de base populacional. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2016; 19 (1): 95-103.
4. Teston EF, Carreira L, Marcon SS. Sintomas depressivos em idosos: comparação entre residentes em condomínio específico para idoso e na comunidade. Rev Bras Enferm. 2014; 67 (3): 450-456.
5. Alvarenga MRM, Oliveira MAC, Faccenda O, Cerchiarri EAN, Amendola F. Sintomas depressivos em idosos assistidos pela estratégia saúde da família. Cogitare Enferm. 2010 abr/jun; 15 (2): 217-224.
6. Silva ER, Sousa ARP, Ferreira LB, Peixoto HM. Prevalência e fatores associados à depressão entre idosos institucionalizados: subsídio ao cuidado de enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2012; 46 (6): 1387-1393.
7. Trevisan M, Guimarães APR, Custódio SH, Filho ERA, Faleiros VP. O papel do enfermeiro na recuperação de idosos. Rev Eletrônica Gestã &

Saúde. 2016; 7 (1): 428-440.

8. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res.* 1982-1983; 17 (1): 37-49.

9. Sousa RL, Medeiros JGM, Moura ACL, Souza CLM, Moreira IF. Validade e fidedignidade da Escala de Depressão Geriátrica na identificação de idosos deprimidos em um hospital geral. *J Bras Psiquiatr.* 2007; 56 (2): 102-107.

10. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar [anexo H – escala de depressão geriátrica (versão curta)]. Brasília: Ministério da Saúde. 2013; 2: 203. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf

11. IBGE (BR). Censo Demográfico; 2010 [acesso em 2018 ago 22]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/multidominio/genero/9662-censo-demografico-2010.html?=&t=o-que-e>

12. Frade J, Barbosa P, Cardoso S, Nunes C. Depressão no idoso: sintomas em indivíduos institucionalizados e não-institucionalizados. *Rev Enferm.* 2015; 4 (4): 41-49.

13. Nóbrega IRAP, Leal MCC, Marques APO, Vieira JCM. Fatores associados à depressão em idosos institucionalizados: revisão integrativa. *Saúde Debate.* 2015; 39 (105): 536-550.

14. Ferrari JF, Dalacorte RR. Uso da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados. *Scientia Medica.* 2007 jan-mar; 17 (1): 3-8.

Enfermidades prevalentes na unidade de terapia intensiva: uma revisão de literatura

Matheus Campos Fernandes†, Paulo Henrique de Oliveira†, Renan Magro Ferreira†, Bruno Kfuri Carneiro†, Afonso José Celente Soares†

Introdução

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) surgiu em meados da década de 50 com o intuito de prestar atendimento a pacientes graves que demandavam cuidados diferenciados com monitoramento integral. No Brasil, o serviço de UTI surgiu na década de 70, a fim de prestar atendimentos ligados à tecnologia. O Ministério da Saúde define UTI como conjunto de elementos funcionalmente agrupados com a missão de dar suporte a pacientes graves que necessitem de assistência médica especializada¹.

O surgimento de tratamentos para as doenças e o uso da tecnologia na medicina tem aumentado a expectativa de vida dos doentes. Consequentemente houve um aumento do adoecimento por doenças crônicas, que exigiram atendimento especializado de terapia intensiva, surgindo a necessidade de serviços para cuidados e monitoramento de pacientes graves².

Em países ocidentais, indivíduos acima de 65 anos compõem 18% da população geral, correspondendo a 45,5% das admissões hospitalares. Em relação às diárias, cerca de 60% das vagas são utilizadas por indivíduos acima de 65 anos. Foi relatado na literatura que 29,2% dos casos de admissão em UTI têm como causa cardiovascular, seguido de acometimento respiratório em 21,5% e sepse em 23,8% dos pacientes admitidos na UTI³.

As complicações do trato respiratório representam 60% das ocorrências de complicações na UTI. Septicemia representa 8% das complicações. Outros exemplos de complicações menos incidentes são bloqueio atrioventricular (BAV), choque cardiogênico, insuficiência cardíaca e infecção da ferida cirúrgica⁴.

Este estudo teve por finalidade comparar dados epidemiológicos de Unidades de Terapia Intensiva ao redor do Brasil, analisando as enfermidades mais

prevalentes.

Material e Métodos

O artigo tratou de uma revisão sistemática de trabalhos científicos que estudaram as enfermidades mais prevalentes nas unidades de terapia intensiva no Brasil. A identificação dos artigos foi feita através de busca bibliográfica nas principais bases indexadoras de dados: MEDLINE, PubMed, Scielo, Lilacs e Google acadêmico, além de periódicos, livros referência ao tema, resoluções do Conselho Federal de Medicina e portarias do Ministério da Saúde, utilizando as seguintes palavras-chave em português e inglês: Enfermidades, Prevalência e Unidade de Terapia Intensiva. Os critérios de inclusão foram: ensaios clínicos, revisão e meta-análise produzidos nos últimos 12 anos (2006 – 2018). A busca foi conduzida no período entre agosto e outubro de 2018. A seleção dos artigos baseou-se na conformidade dos limites dos assuntos aos objetivos deste trabalho, tendo sido desconsiderados aqueles que, apesar de aparecerem no resultado da busca, não abordavam o assunto sob o ponto de vista da prevalência das enfermidades e que não foram feitas em humanos.

Revisão de Literatura

Florence Nightingale, enfermeira que atuou durante a Guerra da Crimeia, tratava os pacientes gravemente enfermos separados dos demais com o intuito de prevenir infecções. Com base em sua metodologia, foram criados os primeiros centros intensivos para pós-operatório em neurocirurgia. Durante a década de 50, nos Estados Unidos, foram criadas as primeiras Unidade de Terapia Intensiva com uma conformação semelhante a atual. Essas unidades foram criadas para o tratamento e monitorização de pacientes graves. No Brasil, houve

Afiliação dos autores: † Pró-Reitoria de Ciências Médicas, Universidade de Vassouras, Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil.

uma lentificação na introdução desta unidade, sendo criada na década de 70, no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro^{1,4}.

Segundo a Portaria nº 466 de 1998, o Ministério da Saúde define Unidade de Terapia Intensiva (UTI) como um conjunto de elementos funcionalmente agrupados, destinado ao atendimento de pacientes graves ou de risco que exijam assistência médica e de enfermagem ininterruptas, além de equipamento e recursos humanos especializados⁵.

As Unidades de Terapia Intensiva têm por objetivo recuperar ou dar suporte às funções vitais dos pacientes de alto risco, além de monitorá-lo 24 horas por dia. Demandam uma equipe especializada e multiprofissional, composta por médicos especializados, enfermeiros e profissionais das mais diversas áreas. É um setor de alta complexidade, devido à gravidade dos pacientes admitidos e alta densidade tecnológica^{1,2,6}.

Causas de admissão

Segundo a Resolução CFM nº 2156/2016, os critérios de admissão em uma UTI são instabilidade clínica, isto é, necessidade de suporte para disfunções orgânicas, e monitorização intensiva. Conforme a Resolução, há prioridades na admissão de um paciente na UTI, sendo composta de 5 prioridades, sendo as prioridades 1 e 2 as que o paciente apresenta maior taxa de recuperação, e as restantes pacientes com baixa probabilidade de recuperação ou em fase de terminalidade. As prioridades 1 e 3 são pacientes que necessitam de tratamentos intensivos, e as prioridades 2 e 4 são os precisam de monitorização intensiva⁷. Devido a quantidade reduzida de leitos e dispêndios elevados, as prioridades devem ser fundamentadas para que se possa potencializar os recursos e atendimentos⁸.

Para Carvalho *et al.*¹, as principais causas de internação foram neurológicas, sendo o acidente vascular encefálico (AVE) um dos mais prevalentes; traumas, dentre os mais comuns são decorrentes de acidentes automobilísticos e motociclísticos, atropelamentos, agressões físicas, quedas, lesões por arma de fogo; pós-operatório e respiratórias. Contudo, para Favarin e Camponogara⁹, os principais motivos foram doenças infecciosas, sendo sepse, choque séptico, pneumonia, tétano e meningite bacteriana as principais; afecções neurológicas, destacando-se trauma cranioencefálico (TCE) e acidente vascular encefálico (AVE); distúrbios metabólicos, sendo predominante insuficiência renal (IR), cetoacidose diabética (CAD) e insuficiência hepática; e as doenças respiratórias, principalmente insuficiência respiratória, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e tromboembolismo pulmonar (TEP)⁹.

Para Feijó *et al.*³, as causas mais prevalentes foram afecções cardiovasculares, respiratórias,

infecciosas, principalmente sepse, neurológica, renal e metabólica, gastrointestinal. Entre as patologias que aumentaram o tempo de permanência, as doenças do aparelho respiratório aumentaram cerca de 10 a 15 dias, gastrointestinal seguido de neurológico, entre 5 e 10 dias.

Segundo Rodriguez⁸, as enfermidades mais prevalentes em uma UTI-Adulto com 14 leitos de um hospital público que atende exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde são doença do aparelho circulatório; consequências externas, como lesão e envenenamento; as neoplasia e doenças respiratórias. As doenças vasculares cerebrais constituem 18,6%, representando 79,6% das doenças circulatórias internadas nas unidades.

Perfil dos pacientes

Dados de revisão de literaturas mostram que a maior prevalência nas UTIs é composta por idosos acima de 60 anos e pelo sexo masculino, e com média de 8 dias de internação².

Segundo Favarin e Componogara⁹, em seu estudo original, relatou que em determinada UTI-Adulto de grande porte no interior do Rio Grande do Sul, a maior parcela dos pacientes internados se encontra na faixa etária entre 61 e 70 anos de idade, relatou também que 58% era composta por pacientes do sexo masculino e 42% pelo sexo feminino. Além disso, 47% dos pacientes ficam mais de 16 dias internados na UTI.

No estudo de Sousa *et al.*¹⁰, mostrou que em duas UTIs de um hospital geral de ensino, 53,3% dos pacientes internados nessas unidades intensivas eram do sexo feminino enquanto 46,7% eram do sexo masculino. O trabalho mostrou que existiu o predomínio de adultos-jovens do sexo feminino. A médias destas unidades analisadas foi de 21,5 dias.

Bezerra¹¹ estudou 140 pacientes do Hospital Regional de Guarabira, Paraíba, Brasil e identificou que durante o tempo da pesquisa 50,36% das admissões era composta pelo sexo feminino e 49,64% composta pelo sexo masculino. Nesta unidade estudada a média de idade dos pacientes foi de 65,81 anos, e a média do tempo de internação foi de 5,46 dias.

Complicações mais prevalentes

A UTI é considerada área crítica com relação ao desenvolvimento de complicações, tanto pela instabilidade hemodinâmica dos pacientes internados nessa unidade, quanto pelo risco elevado de desenvolver Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS)¹⁰.

Uma das mais frequentes e importantes complicações encontradas em pacientes internados nas

UTIs é a Infecção Hospitalar (IH), tornando uma das principais preocupações relacionadas a esse ambiente, sendo a pneumonia e a Infecção do Trato Urinário (ITU) as com maior número de incidência⁶. A literatura analisada demonstra que as IH mais prevalentes são de trato respiratório (principalmente pneumonia), corrente sanguínea e ITU^{9,10}.

As complicações em UTIs de etiologias não infecciosas relatadas foram bloqueio atrioventricular (BAV), fibrilação atrial (FA), insuficiência cardíaca (IC), insuficiência respiratória (IRpA), pneumotórax, pneumonia aspirativa, derrame pleural, rebaixamento de sensorio, piora da função renal, IR, parada cardiorrespiratória (PCR), embolia pulmonar (EP), convulsões, úlceras por pressão, choque cardiogênico e choque hipovolêmico^{2,9}.

De acordo com a literatura analisada, as complicações mais fatais foram choque séptico e IRpA, que juntas foram responsáveis por 54% dos óbitos na unidade⁹.

Discussão

A UTI é uma unidade de alta densidade tecnológica, que demanda de altos recursos devido à gravidade dos pacientes admitidos. O acesso a esta unidade é baseado em critérios de admissão, com o intuito de potencializar os recursos oferecidos, além dos leitos disponíveis. O perfil epidemiológico de uma UTI tem suma importância pois a partir desses dados é possível traçar estratégias relacionadas a admissão, prevenção de complicações, abordagens mais eficazes e pontuais, evitando erros e procedimentos desnecessários.

Segundo a literatura, as causas mais prevalentes de internação na UTI foram afecções do aparelho respiratório e circulatório. Conforme o estudo de Feijó *et al.*³, no qual foram analisados 130 pacientes internados na UTI do Hospital Universitário Walter Cantídio, no Ceará, as principais razões das admissões foram cardiovascular (29,2%), respiratório (21,5%) e sepse (23,8%), sendo corroborada por Rodriguez *et al.*⁸. Contudo, para Favarin e Camponogara⁹, dos 104 prontuários analisados na UTI de um Hospital Universitário de grande porte do Rio Grande do Sul, os principais motivos de internação foram doenças infecciosas (28%), neurológicas (25%), metabólicas e respiratórias (12%).

A análise dos resultados leva a concluir que o perfil dos pacientes internados nas UTIs varia conforme as causas de admissão. No estudo de Sousa *et al.*¹⁰ existe um predomínio de pacientes adultos-jovens do sexo feminino. Nesta unidade não existe cirurgias de emergência e o serviço presta atendimento cirúrgico e clínico à diversas especialidades. A prevalência é divergente de outras unidades de atendimento, onde

existe maioria de idosos e do sexo masculino².

O estudo de Favarin e Camponogara⁹, a qual tem a maior parte dos pacientes idosos, entre 61 e 70 anos, e 58% dos admitidos são do sexo masculino. Sendo estes resultados alinhados com os dados de maior prevalência na literatura.

Os dados obtidos no Hospital Regional de Guarabira na Paraíba, o qual as principais causas de admissão são doenças cardiovasculares e do aparelho respiratório, 50,36% das admissões é composta pelo sexo feminino e 49,64% composta pelo sexo masculino, e o tempo de internação de 5,46 dias em média, inferior aos referidos na literatura com média de 8 dias.

Esta revisão mostra que o perfil de pacientes dos serviços de UTIs variam conforme o perfil de atendimento de cada serviço, sendo importante individualizar cada serviço, e conhecendo o padrão de admissão de cada UTI individualmente facilita identificar pontos onde merecem melhor atenção para se ter melhores resultados no tratamento.

Segundo estudo de Moreira *et al.*² 56,5% dos pacientes internados em UTI apresentaram complicações, sendo mais prevalentes a infecção respiratória (60%), broncopneumonia (10%) e a septicemia (8%).

Dados epidemiológicos no Brasil mostram que os índices de IH são de 15,5% (10). Favarin e Camponogara⁹, verificaram através de um estudo em prontuários de pacientes internados na UTI de um Hospital Universitário do Rio Grande do Sul, na qual 50% apresentaram infecção hospitalar, sendo os sítios mais acometidos respiratório (57%), seguido de corrente sanguínea (23%) e de vias urinárias (12%). Já em estudo feito no Hospital Getúlio Vargas, em Teresina-PI, o predomínio da infecção do trato respiratório fica evidente com o percentual de 66,7% do total das IH. Chama-se atenção também para as altas taxas de ITU e corrente sanguínea¹⁰.

Segundo Sousa *et al.*¹⁰, a pneumonia é a IH mais prevalente nas UTIs. Essa elevada prevalência se justifica em função da alta necessidade de ventilação mecânica, que por sua vez responsável por aumentar a probabilidade dessa complicação em até 20 vezes, ao passo que torna o paciente suscetível a infecções de trato respiratório devido a manipulação de secreções e inibição de reflexos fisiológicos do sistema em questão^{2,10}.

Em estudo realizado por Triquez e Dallacosta¹², Insuficiência Renal Aguda (IRA) vem se tornando uma das complicações patológicas mais frequentes entre os pacientes hospitalizados. Sua incidência é de 2 a 5%, ocorrendo principalmente em pacientes graves internados em UTI. Tal complicação em UTI advém de condições como choque séptico, insuficiência cardíaca, hipovolemia, pós-trauma, pós-cirúrgico, entre outros.

Considerações finais

Para prestar atendimento aos pacientes graves que necessitam de monitoramento e assistência surgiram nos anos 70 as primeiras UTIs do Brasil. As principais causas de admissão nas UTIs são decorrentes de enfermidades cardiovasculares e do sistema respiratório. Já as principais complicações dos pacientes internados são infecções respiratórias, infecções do trato urinário e septicemia.

Sabendo destes dados, um sistema de prevenção de doenças cardiovasculares trabalhadas na atenção primária de saúde, tratamento precoce e eficiente das pneumonias da comunidade e das enfermarias hospitalares evitariam várias internações nos serviços de UTI, os quais têm vagas muito requisitadas.

Os estudos epidemiológicos em UTI devem ser individualizados, dependendo do público alvo de pacientes de determinada UTI, as causas de admissões e o perfil epidemiológico dos pacientes mudam. Conhecer o perfil de cada UTI e criar protocolos de admissão e tratamento, ajuda a direcionar esforços para os problemas prevalentes e assim racionalizar melhor os investimentos na unidade.

Referências

- 1- Carvalho NZ, Silva MPP, Paula PH, Pires JO, Yamaguchi UM, Costa CKF. Principais causas de internamento na unidade de terapia intensiva de Maringá-PR. In: Anais do 8º Encontro Internacional de Produção Científica Cesumar, 2013; Maringá. Centro Universitário Cesumar; 2013, 978-985.
- 2- Moreira ET, Nunes TF, Santos ES, Calles ACN. Perfil e gravidade dos pacientes admitidos em unidades de terapia intensiva: uma revisão de literatura. *Cader de Gradua CienBio e da SaudeFits*. 2013;2(1):45-52.
- 3- Feijó CAR, Bezerra ISAM, Junior AAP, Meneses FA. Morbimortalidade do idoso internado na unidade de terapia intensiva de hospital universitário de Fortaleza. *Rev Bras Ter Int*. 2006;18(3):263-267.
- 4- El-Fakhouri S, Carrasco HVCG, Araújo GC, Frini ICM. Epidemiological profile of ICU patients at Faculdade de Medicina de Marília. *Rev Assoc Med Bras*. 2016;62(3):248-254.
- 5- Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 466, de junho de 1998. Regulamento Técnico para o Funcionamento e Definição dos Serviços de Tratamento Intensivo. Ministério da Saúde; 1998
- 6- Moreira JB, Souza ICS. Complicações mais comuns em pacientes internados em terapias intensivas. *Rev CientUniv*. 2016;8 (1):252-257.
- 7- Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução nº 2156/2016, de novembro de 2016. Critérios de admissão e alta em unidade de terapia intensiva. Conselho Federal de Medicina; 2016.
- 8- Rodriguez AH, Bub MBC, Perão OF, Rodriguez MJH. Características epidemiológicas e causas de óbitos em pacientes internados em terapia intensiva. *Rev Bras Enfer*. 2016;69(2):229-234.
- 9- Favarin SS, Camponogara S. Perfil dos pacientes internados na unidade de terapia intensiva adulto de um hospital universitário. *Rev Enfer UFSM*. 2012;2(2):320-329
- 10- Sousa AFL, Oliveira LB, Moura MEB. Perfil epidemiológico das infecções hospitalares causadas por procedimentos invasivos em unidade de terapia intensiva. *Rev Prev Infec e Saúde*. 2016;2(1-2):1-7
- 11- Bezerra GKA. Unidade de terapia intensiva – Perfil das admissões: Hospital regional de Guarabira, Paraíba, Brasil. *Rev Bras Cien Saude*.

2012;16(4): 91-496

12- Triquez SL, Dallacosta FM. Perfil dos pacientes com insuficiência renal aguda na unidade de terapia intensiva e principais diagnósticos de enfermagem. *Unoesc e Cien ACBS*. 2012;3(2):123-130.

Desenvolvimento de Vacina contra a Dengue

Bruno Barbosa Cardoso dos Santos[†], David Abou-Hosn Campos[†], Mateus de Lima Gilson[†], Pedro Carvalho Nogueira[†], Vinicius Marins Carraro^{†,‡}, Marise Maleck^{†,‡,§,||}.

Introdução

A dengue é a arbovirose mais prevalente no mundo, com ocorrência de mais de 80 milhões de casos por ano¹. Atinge zonas tropicais e subtropicais e configura-se como um dos principais problemas de saúde pública do planeta. O controle da dengue tem se mostrado um grande desafio, especialmente para os países em desenvolvimento pois problemas estruturais como coleta de lixo insuficiente ou inexistente e intermitência no abastecimento de água, são fatores que contribuem para a proliferação do vetor e dificultam o controle da doença².

Segundo dados do Ministério da Saúde, no Brasil, em 2017, foram registrados 239.389 casos prováveis de dengue, e em 2016, 1.483.623. O quadro epidemiológico atual da dengue no Brasil é caracterizado pela ampla distribuição do vetor por todas as regiões do país. A doença é transmitida por um arbovírus da família Flaviviridae. Existem quatro sorotipos: DEN-1, DEN-2, DEN-3 e DEN-4, sendo os sorotipos 1, 2 e 3 os mais comumente encontrados no território nacional (3). A transmissão do vírus ocorre pela picada da fêmea do mosquito *Aedes* sp, o qual possui hábitos diurnos e é intensamente antropofílico. O *A. aegypti* raramente é encontrado em ambiente em que não haja a presença do homem, desenvolvendo-se preferencialmente em criadouros artificiais e aproveitando-se do convívio com a espécie humana tanto para a reprodução quanto para a alimentação². O controle da dengue tem se mostrado um grande desafio para os países em desenvolvimento. O presente estudo tem como objetivo realizar uma revisão sistemática de literatura científica sobre dengue e vacinação.

Material e métodos

Foi realizada uma revisão sistemática de estudos publicados nas bases de dados (SciELO, PubMed,

MEDLINE, Lilacs) através de descritores referentes à dengue em artigos publicados entre janeiro de 2008 e outubro 2018. As palavras chaves utilizadas foram Dengue, *Aedes* e Imunização.

Revisão de literatura

Desenvolvimento da vacina

Existem quatro sorotipos capazes de causar a doença em seres humanos, a infecção por um sorotipo induz produção de resposta imunológica contra esse sorotipo e a gravidade da dengue está na infecção secundária. Três conceitos são de grande importância ao se desenvolver uma vacina: a nova vacina deve produzir proteção duradoura contra os quatro sorotipos evitando o agravamento na resposta imunológica, deve-se realizar reforço vacinal quando houver possibilidade aumentada de infecção e ser eficaz, tolerável e segura quanto a quantidade de vírus vivo. A grande dificuldade entre os estudos para a produção de uma vacina eficaz contra o vírus da dengue foi, justamente, a proteção duradoura contra os quatro sorotipos diferentes. A única vacina que obteve sucesso nesse processo foi a Dengvaxia®, uma vacina recombinante de vírus atenuados tetravalente da Sanofi Pasteur contra a dengue⁴.

Antes de serem testadas em estudos clínicos, toda vacina deve ser submetida a testes de imunogenicidade e segurança em estudos pré-clínicos e clínicos. Para as vacinas contra a dengue, os testes pré-clínicos se deram tanto *in vitro* - culturas de células dendríticas, endoteliais, linfócitos e outros tipos celulares quanto *in vivo* - em animais de laboratório como camundongos e macacos. Isso permitiu atestar a estabilidade genotípica e fenotípica das vacinas antes de serem iniciadas as fases clínicas do estudo⁴. A fase clínica I ocorreu na cidade de Springfield, nos EUA, com 33 participantes entre 18 e 45 anos e apontou alguns efeitos adversos relevantes relacionados a vacina mas que, no entanto

Afiliação dos autores: † I Pró-Reitoria de Ciências Médicas, Universidade de Vassouras, Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil.

‡ Mestrado Profissional em Ciências Ambientais, Universidade de Vassouras, Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil.

§ Laboratório de Insetos Vetores, Universidade de Vassouras, Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil.

|| Laboratório de Entomologia Médica e Forense, IOC - FIOCRUZ, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

apresentou perfil de segurança favorável e atestou eficaz soroconversão. A completa imunização se dá a partir da terceira dose da vacina e sua eficácia é diretamente proporcional ao número de aplicações da vacina. A fase clínica II ocorreu no Peru e no México com o objetivo de documentar os efeitos da vacina em pacientes que tiveram contato prévio com o vírus do gênero *Flavivirus* e concluiu que a exposição prévia aumentou a taxa de soropositividade à vacina. Já na fase clínica III ocorreu em cinco países da Ásia, em 10.275 crianças entre 2 e 14 anos e em 20.869 crianças de 9 a 16 anos na América Latina e comprovou a eficácia da vacina é ainda maior em áreas endêmicas⁵.

Efeitos adversos

Dentre os efeitos adversos, a febre foi o mais comumente apresentado pelos pacientes inclusos no estudo. A fase II do estudo apontou efeitos adversos no comportamento de alguns participantes, mas não obteve representação clínica grave⁴. Outros eventos adversos mostrados foram os casos de doença viscerotrópica aguda e a viremia em vetores, mas que apresentaram pouca relevância clínica e epidemiológica⁶.

Avaliação do risco ao Meio Ambiente

Durante o seu desenvolvimento, foram levantadas algumas questões sobre segurança das vacinas que contém organismos modificados geneticamente. Dentre as preocupações as principais foram a transmissão dos vírus por vetores, a recombinação com outros vírus no ambiente, riscos de viscerotropismo e a reversão para virulência.

Para a avaliação da capacidade de transmissão dos vírus vacinal por vetores foram realizados estudos para avaliação a capacidade multiplicativa dos vírus em cultura de células dos principais vetores: o *Aedes albopictus*, vetor da febre amarela e *Aedes aegypti*, vetor da dengue, comparando com a capacidade de replicação dos vírus selvagens da dengue. Os estudos mostraram que os vírus vacinais não foram capazes de infectar os vetores por via oral e nem se replicarem no tecido do intestinal desses mosquitos após sua inoculação. Também foi evidenciado baixa viremia dessas cepas durante os testes. Este mesmo estudo evidenciou que casos da doença aguda viscerotrópica após administração de vacinas foram muito raros, com incidência estimada em 3 a 4 em cada 1 milhão vacinados. Quanto a capacidade de recombinação dos vírus vacinais, estudos posteriores confirmaram que os flavivírus efetivamente apresentam baixa propensão à recombinação⁴.

A vacina no Brasil

A Dengvaxia® foi a vacina que chegou a fase clínica III, o estágio mais avançado de testes, obtendo bons resultados. Sendo considerada eficaz, fora implantada em países da Ásia e América Central como, Singapura, Filipinas, El Salvador, Costa Rica, Indonésia, Tailândia, México e Peru⁴.

Após seu registro no Brasil, em 2016, o Paraná foi o primeiro estado brasileiro a fazer uma campanha pública de imunização contra a dengue, oferecendo a vacina para pessoas entre 15 e 27 anos no sistema público de saúde. A cidade de Londrina foi apontada como uma das cidades da região sul com maior incidência de dengue, 1.104,8 por 100 mil habitantes, desde a semana epidemiológica 1 até a semana 27 do ano de 2016⁷.

No Brasil, o Instituto Butantan desenvolveu, em parceria com institutos de saúde norte americanos uma vacina contra os quatro sorotipos da dengue, que testada em pequena escala, mostrou-se eficaz principalmente contra o sorotipo II, o mais encontrado no território brasileiro⁴.

Discussão

A vacina mostrou eficácia de aproximadamente 60% contra os quatro sorotipos da dengue entre diferentes faixas etárias de diferentes países. Contudo, em aspectos específicos do estudo, candidatos que receberam ao menos uma dose da vacina, obtiveram imunidade em 64,7% dos casos e crianças que já tinham algum anticorpo contra dengue após terceira dose da vacina apresentaram 83,7% de eficácia imunológica⁵.

Dentre as desvantagens da vacinação com a Dengvaxia® é que, por ser vírus vivo atenuado, esta vacina é contraindicada para pacientes imunodeprimidos ou com comorbidades graves que comprometam a imunidade. O efeito colateral mais comum apresentado pelos grupos vacinados foi a febre. Além disso, a proteção duradoura da vacina só se faz após 3 doses, o que exige prolongado espaço de tempo sendo pouco adequado para áreas endêmicas, que necessitariam de imunização rápida. Outros eventos adversos mostrados foram os casos de doença viscerotrópica aguda e a viremia em vetores, mas que apresentaram pouca relevância clínica e epidemiológica⁴.

Quanto a avaliação dos riscos associados ao uso de vírus quiméricos a vacina tem se mostrado genética e fenotipicamente estável, menos virulenta em comparação com a vacina contra a febre amarela, não hepatotrópica e incapaz de infectar mosquitos pela via oral o que aponta a segurança do uso da vacina⁶.

A maioria dos autores concordaram em mostrar a relevância clínica desta vacina, principalmente para os países em desenvolvimento, que ainda enfrentam surtos

da doença e por ter se mostrado eficaz, principalmente nas formas graves da dengue. O esquema vacinal com três doses induziu respostas imunes celulares e humorais contra os quatro sorotipos na grande maioria dos vacinados e a presença de anticorpos contra vírus da família flavivírus favorece a produção de maiores títulos de anticorpos e uma resposta imunológica mais rápida⁶.

Considerações finais

Diversos estudos apontam a produção de uma vacina como a solução para esta endemia e desde 2010 este processo começou a tornar-se viável. A altas prevalência e frequência de surtos e a disseminação da doença mostram a urgência de se trabalhar no desenvolvimento de uma vacina efetiva. A vacina tetravalente da Sanofi Pasteur tem se mostrado segura e eficiente em testes pré-clínicos e clínicos. Os possíveis riscos associados têm sido avaliados a fundo e a vacina tem demonstrado ser fenotipicamente e geneticamente estável e não hepatotrópica. Diante da eficácia apresentada pela vacina Dengvaxia® contra as formas mais graves da infecção pelo vírus da dengue, a implantação da vacina em campanhas de vacinação deve ser considerada como importante método de controle desta zoonose em todo o Brasil. Entretanto, o desenvolvimento da vacina tetravalente Dengue pelo instituto Butantan tem se mostrado uma alternativa mais viável e rentável para o sistema público de saúde do Brasil, mostrando-se também como uma vacina candidata de estimado interesse para a saúde pública. Sua conclusão e anexação ao Programa Nacional de Imunizações permitirá amplo acesso da população brasileira à proteção vacinal.

Referências

- 1-Viana DV, Ignotti E. A ocorrência da dengue e variações meteorológicas no Brasil: revisão sistemática. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2013 Jun;16(2):240-256.
- 2- Zara ALSA., Santos SM, Fernandes-Oliveira ES, Carvalho RG, Coelho GE. Estratégias de controle do *Aedes aegypti*: uma revisão. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2016 Jun;25(2):391-404.
- 3-Martins HS, Brandão Neto RA, Velasco IT. *Medicina de Emergência: Abordagem Prática.* 12.ed. São Paulo: Manole; 2017.
- 4- Oliveira MSF, Vacina da Dengue no Brasil [Trabalho de conclusão de curso]. Brasília: Centro Universitário de Brasília – UniCEUB; 2016.
- 5-Villar L, Dayan GH, Arredondo-Garcia JL, Rivera DM, Cunha R, Deseda C, et al. Efficacy of a tetravalent dengue vaccine in children in Latin America. *N. Engl. J. Med.* 2015 372:113–23.
- 6-Lang J. Development of Sanofi Pasteur tetravalent dengue vaccine. *Rev. Inst. Med. Trop. S. Paulo.* 2012 Oct;54(18Suppl): 15-17.
- 7- Ministério da Saúde (BR). Monitoramento dos casos de dengue, febre de chikungunya e febre pelo vírus Zika até a Semana Epidemiológica 27. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
- 8- Abrão EP, Espósito DLA, Lauretti F, Fonseca BAL. Dengue vaccines:

what we know, what has been done, but what does the future hold?. *Rev. Saúde Pública.* 2015;49:60. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102015000100508&lng=en. Epub Sep 18, 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049006146>.

9-Capeding MR, Tran NH, Hadinegoro SRS, IsmailHI, Chotpitayapunondh T, ChuaMN, et al. Clinical efficacy and safety of a novel tetravalent dengue vaccine in healthy children in Asia: a phase 3, randomised, observer-masked, placebo-controlled trial. *Lancet.* 2014;384(9951):1358-65.

10- Morrison D, Legg TJ, Billings CW, Forrat R, Yoksan S, Lang J. A novel tetravalent dengue vaccine is well tolerated and immunogenic against all 4 serotypes in flavivirus-naive adults. *J. Infect. Dis.* 2010;201:370-377.

11-Araújo VEM et al. Aumento da carga de dengue no Brasil e unidades federadas, 2000 e 2015: análise do Global Burden of Disease Study 2015. *Rev. Bras. de Epidemiol.* 2017;20,(01Suppl):205-216.

12- Ministério da Saúde (BR). Casos de Dengue. Brasil, Grandes Regiões e Unidades Federadas, 1990 a 2014. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.

13-World Health Organization. Dengue: guidelines for diagnosis, treatment, prevention and control. Geneva: WHO; 2009.

14- Wilder-Smith A. Dengue vaccines: dawn or dusk? *Lancet.* 2014;384(9951):1327-9.

15- Halstead SB, Nimmannitya S, Cohen SN. Observations related to pathogenesis of dengue hemorrhagic fever. IV. Relation of disease severity to antibody response and virus recovered. *Yale J. Biol. Med.* 1970. Apr;42(5):311-28.

Cirurgia Reparadora: Fissura Labiopalatina

Ana Laura da Cruz Luiz[†], Bruna Nogueira Castro[†], Camila Andrade de Moraes Costa[†], Fabrício Coutinho Siqueira da Silva[†], Gabriel Pessoa de Carvalho Oliveira[†], Marise Maleck^{†,‡,§,||*}

Introdução

A fissura de lábio e/ou palato é a deformidade congênita craniofacial mais comum, correspondendo a 65% dessas mal-formações^{1,2}. Sua incidência é em torno de 1 caso a cada 550 a 1.200 nascidos vivos, sendo mais prevalente no sexo masculino e em asiáticos³. Apresenta-se de variadas formas, promovendo distorções anatômicas de lábio superior, nariz e palato, podendo resultar em problemas na arcada dentária, mastigação, respiração e audição^{2,4}.

A apresentação da fissura segue uma base anatômica e pode ser pré, pós ou trans-forame incisivo. A fissura pré-forame incisivo é classificada como Fissura Labial (FL), a pós-forame incisivo como Fissura Palatina (FP) e a trans-forame incisivo como Fissura Labiopalatina (FLP)⁵. Quanto à extensão, as fissuras podem ser: completas ou incompletas, uni ou bilaterais⁶. A FLP corresponde a 14% das fissuras, sendo a que se apresenta de forma mais severa⁷.

Na embriogênese, as FLP resultam de falhas na fusão anatômica dos processos faciais, entre a 4^a e a 12^a semana da gestação⁶. Como apenas 30% das crianças nascidas com FLP têm uma síndrome genética, acredita-se que uma combinação de fatores genéticos e ambientais tenha um papel na etiologia da fenda orofacial. Esses fatores de risco ambientais incluem tabagismo, consumo de álcool, fenitoína, diabetes, idade materna e paterna^{6,8}. Outros fatores, como suplementação de folato, zinco e ingestão diária de multivitamínicos, podem reduzir esse risco⁸.

Desde 390 a.C, com o sucesso dos chineses no fechamento de uma fissura labial, surgiram inúmeras técnicas para o tratamento dessa condição². Houve um aprimoramento na abordagem dos pacientes fissurados, que requer além das correções cirúrgicas, uma terapêutica multiprofissional⁵.

Atualmente, não há total consenso na literatura quanto ao melhor protocolo de tratamento a ser seguido⁷. A estratégia terapêutica imposta no

Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC-USP) para a abordagem da fissura bilateral consiste em restabelecer a anatomia com as cirurgias plásticas primárias - queiloplastia (aos 3 meses de idade) e palatoplastia (com 1 ano de idade) - seguido de cirurgias plásticas secundárias na idade escolar e, finalmente, o enxerto ósseo secundário, antes da erupção dos caninos permanentes^{7,9}.

Qualquer cirurgia pode envolver complicações pós-operatórias e com a reparação cirúrgica das fissuras labiopalatinas não é diferente. Um estudo do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC) demonstrou que a dor na queiloplastia, a desaturação de oxigênio e a taquicardia figuram, nesta ordem, as complicações pós-operatórias mais frequentes¹⁰.

A ausência de um tratamento adequado pode levar a sequelas irreversíveis, que afetam a função e a harmonia estética da face. A deformidade e desarmonia facial, por sua vez, podem resultar em consequências psicológicas e cognitivas. Desse modo, todas essas sequelas se tornam motivo de estigma e discriminação, podendo afetar a qualidade de vida dessas crianças e de suas famílias¹¹.

Este trabalho teve como objetivo revisar a literatura com enfoque na Cirurgia Reparadora de Fissuras Labiopalatinas, abordando o tratamento cirúrgico, as possíveis complicações pós-operatórias e o impacto dessa reparação na qualidade de vida dos pacientes.

Metodologia

Este trabalho constituiu-se de uma Revisão Bibliográfica, realizada entre os anos de 2007 e 2019, resultante do processo de levantamento e análise do que já foi publicado sobre Cirurgia Reparadora de Fissuras Labiopalatinas, em artigos, em português e inglês, disponíveis na literatura do portal SCIELO, PUBMED, LILACS e CAPES. Para o levantamento de dados foram

Afiliação dos autores: [†] Pró-Reitoria de Ciências Médicas, Universidade de Vassouras, Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil.

[‡] Mestrado Profissional em Ciências Ambientais, Universidade de Vassouras, Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil.

[§] Laboratório de Insetos Vetores, Universidade de Vassouras, Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil.

^{||} Laboratório de Entomologia Médica e Forense, IOC - FIOCRUZ, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

utilizados os descritores “Fissuras labiopalatinas”, “Fissuras labiopalatinas/cirurgia”, “Cleft lip”, “Cleft lip/surgery”. Foram encontrados 31 artigos sobre o tema. Dos 31 artigos encontrados, foram utilizados 16 artigos porque apresentavam informações relevantes para o desenvolvimento do estudo. 15 artigos não foram utilizados por não ir de encontro à temática.

Revisão de literatura

Tratamento Cirúrgico

Atualmente, não há total consenso na literatura quanto ao melhor protocolo de tratamento a ser seguido⁷. Há, no entanto, alguns requisitos esperados para uma técnica operatória ideal: deve ser simples; manter a simetria do lábio e suas estruturas; reconstruir a musculatura preservando a anatomia e a função; deixar cicatrizes bem localizadas; não alterar a forma do lábio com o crescimento; reconstruir e simetrizar o nariz².

As duas principais técnicas da cirurgia de Fissura Labial (FL) unilateral são a técnica do retalho triangular (Tennison-Randall) e a técnica de avanço rotatório (Millard), que têm resultados semelhantes. As técnicas mais comuns para FL bilaterais incluem a técnica de Millard, a técnica de Manchester e a técnica de Tennison. A fissura labial é frequentemente acompanhada por fissura de palato e fenda de alvéolo e é tratada em diferentes momentos após o nascimento, dependendo do protocolo de tratamento⁸.

A estratégia terapêutica aplicada no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC-USP) para a abordagem da fissura labiopalatina consiste em restabelecer a anatomia com as cirurgias plásticas primárias - queiloplastia (aos 3 meses de idade) e palatoplastia (com 1 ano de idade) - seguido de cirurgias plásticas secundárias na idade escolar e, finalmente, o enxerto ósseo secundário, antes da erupção dos caninos permanentes (Quadro 1)^{7,9}.

Seguir um protocolo de tratamento bem estabelecido pode levar a índices de sucesso em torno de 96% na reabilitação dos pacientes fissurados. Para isso, deve-se valorizar 3 pilares principais: adesão do paciente à terapêutica, gravidade da fissura labiopalatina e experiência da equipe multidisciplinar¹¹.

Segundo a Associação Americana de Fissuras Labiopalatinas (ACPA) e Associação Europeia de Fissura Palatina (Eurocleft), a equipe multidisciplinar deve ser minimamente composta por cirurgiões plásticos, psicólogos, dentistas, fonoaudiólogos e otorrinolaringologistas¹¹.

No Brasil, a Portaria SAS/MS no 62, de 19 de abril de 1994, define que a abordagem à FLP deve compor especialistas nas áreas de medicina (anestesiologia, cirurgia plástica, clínica médica, otorrinolaringologia,

pediatria); odontologia (cirurgia bucomaxilofacial, implantodontia, odontopediatria, ortodontia, prótese); fonoaudiologia; psicologia; serviço social; enfermagem; fisioterapia; nutrição; e atendimento familiar⁶.

Complicações Pós-operatórias

A incidência de complicações cirúrgicas têm se mostrado maior em pacientes que tiveram reparo labial na 1ª semana de vida. Um estudo do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC) em Bauru-SP demonstrou que a dor na queiloplastia, a desaturação de oxigênio e a taquicardia figuram, nesta ordem, as complicações pós-operatórias mais frequentes nas cirurgias reparadoras primárias¹⁰.

A reparação da fissura labiopalatina bilateral tem alcançado resultados estéticos insatisfatórios, permanecendo estigmas que requerem múltiplas revisões ao longo da infância. Além, disso os pacientes submetidos à queiloplastia de Millard apresentam risco aumentado para desenvolvimento de colesteatoma e perfuração da membrana timpânica².

A morte por complicações devido a labioplastia não é frequentemente relatada na literatura. Alguns estudos apontam, até mesmo, que a complicação após a cirurgia de lábio leporino é incomum. Recomenda-se, no entanto, uma redução no tempo de internação hospitalar para reduzir possíveis consequências desfavoráveis¹².

Impacto da Cirurgia Estética Reparadora na Qualidade de Vida

A inadequação ao tratamento reparador das Fissuras Labiopalatinas pode levar a sequelas irreversíveis, que afetam a função e a harmonia estética da face¹¹. As distorções anatômicas podem resultar em problemas na arcada dentária, mastigação, respiração e audição, sendo, porém, o componente estético o de principal impacto^{2,4,13}. Essas contingências produzem consequências que implicam em: autoestima prejudicada, mais dependência dos pais, isolamento e esquivas de contatos sociais e até redução da capacidade verbal^{13,14}.

Uma análise quantitativa da qualidade de vida de pacientes com fissuras labiopalatinas tratados no Wilhelmina Children's Hospital em Utrecht, na Holanda, mostrou que tanto homens, quanto mulheres experimentaram inseguranças em relação à aparência. No entanto, com o passar dos anos, há um aumento da aceitação dessa condição¹⁵.

Segundo um estudo de 50 casos realizado no Centro de Atendimento Integral ao Fissurado Lábio-Palatal em Curitiba (CAIF), 96% dos pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico proposto manifestaram satisfação com os resultados obtidos,

retificando a importância da cirurgia estética reparadora na inclusão e integração social dos pacientes fissurados¹⁶.

Discussão

O Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC-USP) recomenda que aos 3 meses de vida seja realizada a primeira intervenção cirúrgica reparadora labial⁹. Um estudo com 46 pacientes no hospital da SOBRAPAR, cujo protocolo também tem essa mesma recomendação etária para labioplastia, apontou que somente 13 pacientes (28,2%) realizaram a cirurgia aos 3 meses de idade, sendo a anemia e o baixo peso os fatores mais frequentes para o atraso cirúrgico. Esse estudo também demonstrou que fatores econômicos, culturais, religiosos e sociais, associados à falta de uma política nacional que dê maior atenção ao paciente portador de fissuras labiopalatinas, contribuem direta ou indiretamente na falência do resultado cirúrgico¹.

Nos países em desenvolvimento há um importante risco de abandono da palatoplastia após queiloplastia em pacientes que procuram o atendimento tardiamente, sendo que nessa situação recomenda-se primeiro a reparação da fissura palatina aos 6-9 meses de idade, ou quando o paciente procura atendimento. Nesses casos, a fissura labial é reparada três a seis meses após a primeira operação².

A abordagem da FLP deve ser multidisciplinar e nisso estão de acordo a Associação Americana de Fissuras Labiopalatinas (ACPA), Associação Europeia de Fissura Palatina (Eurocleft) e a Recomendação Brasileira (Portaria SAS/MS no 62, de 19 de abril de 1994)^{6,11}. Acredita-se que os índices de sucesso no tratamento dos fissurados possam chegar a 96% quando realizado de maneira multidisciplinar e obedecendo um protocolo bem estabelecido¹¹.

De encontro a isso, um estudo de 50 casos realizado no Centro de Atendimento Integral ao Fissurado Lábio-Palatal em Curitiba (CAIF), mostrou satisfação de 96% entre pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico proposto, retificando a importância da cirurgia estética reparadora na inclusão e integração social dos pacientes fissurados¹⁶.

Alguns estudos apontam que a complicação após a cirurgia de lábio leporino é incomum¹². No entanto, um estudo do Hospital Universitário de Maiduguri, na Nigéria, com 115 pacientes, apontou uma alta taxa de complicações pós-operatórias (35,8%), sendo em sua maioria complicações menores (53,4%) - com destaque para o entalhe vermelho no lábio¹².

Um estudo do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC) em Bauru-SP analisou 484 prontuários de pacientes submetidos à cirurgia primária de lábio e/ou palato e demonstrou que

a dor na queiloplastia, a desaturação de oxigênio e a taquicardia figuram, nesta ordem, as complicações pós-operatórias mais frequentes¹⁰.

Uma análise quantitativa da qualidade de vida de pacientes com fissuras labiopalatinas tratados no Wilhelmina Children's Hospital em Utrecht, na Holanda, mostrou que tanto homens, quanto mulheres experimentaram inseguranças em relação à aparência. No entanto, com o passar dos anos, há um aumento da aceitação dessa condição. Segundo o estudo, ter um familiar com FLP tem influência positiva no enfrentamento dessa condição. Nesse estudo, foi observado que o apoio psicológico deve estar disponível durante o curso de tratamento e após a finalização. Além disso, a maioria dos participantes afirmou que queria mais apoio psicológico quando criança para facilitar a resiliência e ajudá-los a lidar com os desafios¹⁵.

Um estudo realizado no Serviço de Cirurgia Plástica Craniomaxilofacial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, mostrou que há relação significativa entre fissura labiopalatina e baixa autoestima. Segundo o estudo, os pacientes com fissura labiopalatina possuem maior proporção a serem solteiros, com baixa escolaridade e apresentam maior incidência de repetência escolar⁴.

Considerações Finais

Esse estudo possibilitou compreender que a Fissura Labiopalatina, quando não tratada, pode levar a deformidades anatômicas, distúrbios funcionais (de fala, respiração e audição), alteração da harmonia facial e dificuldades de relacionamento em sociedade. Assim, a abordagem multidisciplinar se torna essencial e gera impactos positivos na qualidade de vida dos pacientes fissurados e de seus familiares.

Referências

1. Buzzo CL. Tratamento cirúrgico da fissura labial pela técnica de Göteborg: seguimento de 7 anos. *Rev. Bras. Cir. Plást.* 2010;25(2):251-9
2. Miachon MD, Leme PLS. Tratamento operatório das fendas labiais. *Rev. Col. Bras. Cir.* 2014;41(3):208-215
3. Freitas RS, Kurogi AS, Nasser IJG, Junior LWC, Busato L. Tratamento da fissura labial unilateral pela técnica de Fisher: uma série de casos. *Rev Bras Cir Craniomaxilofac* 2011;14(1):29-33
4. Glaeser A, Costa SS, Colares MVM. Fissura labiopalatina: avaliação do impacto psicológico utilizando a Escala de Autoestima de Rosenberg. *Rev. Bras. Cir. Plást.* 2018;33(2):187-195
5. Paranaíba LMR, et al. Técnicas cirúrgicas correntes para fissuras lábio-palatinas, em Minas Gerais, Brasil. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2009;75(6):839-43
6. Almeida AMFL, Chaves SCL, Santos CML, Santana SF. Atenção à pessoa com fissura labiopalatina: proposta de modelização para avaliação de centros especializados, no Brasil. *Saúde Debate* 2017 mar;41(especial):156-166
7. Silva Filho OG, Ozawa TO, Borges HC. A influência da queiloplastia

realizada em tempo único e em dois tempos cirúrgicos no padrão oclusal de crianças com fissura bilateral completa de lábio e palato. R Dental Press Ortodon Ortop Facial 2007 mar/abr;12(2):24-37

8. Schreurs M, et al. Tissue engineering strategies combining molecular targets against inflammation and fibrosis, and umbilical cord blood stem cells to improve hampered muscle and skin regeneration following cleft repair. Med Res Rev. 2019;1-18.

9. Alonso N, et al. Fissuras labiopalatinas: protocolo de atendimento multidisciplinar e seguimento longitudinal em 91 pacientes consecutivos. Rev. Bras. Cir. Plást. 2009;24(2):176-81

10. Biazon J, Peniche ACG. Estudo retrospectivo das complicações pós-operatórias em cirurgia primária de lábio e palato. Rev Esc Enferm USP 2008;42(3):519-25.

11. Raposo-do-Amaral CE, et al. Qualidade de vida de crianças com fissura labiopalatina: análise crítica dos instrumentos de mensuração. Rev. Bras. Cir. Plást. 2011;26(4):639-44

12. Adesina OA, Efunkoya AA, Omeje KU, Idon PI. Postoperative complications from primary repair of cleft lip and palate in a semi-urban Nigerian teaching hospital. Niger Med J 2016;57:155-159

13. Silva F, Rodrigues OMPR, Lauris JRP. Ansiedade Materna e

Problemas Comportamentais de Crianças. Psicologia: Ciência e Profissão 2017 abr/jun;37(2):318-334.

14. Silva F, Rodrigues OMPR, Lauris JRP. Problemas Comportamentais em Crianças Pré-Escolares com Fissura Labiopalatina 2017;25(3):1107-1122.

15. Kappen IFPM, et al. Quality of Life Patient Satisfaction in Adults Treated for a Cleft Lip and Palate: A Qualitative Analysis. The Cleft Palate-Craniofacial Journal. 2019;1-10.

16. Gomes et al. O Impacto Na Qualidade De Vida Após O Reposicionamento Cirúrgico Da Pré-Maxila Em Portadores De Fissura Lábio Palatal Bilateral – Estudo De 50 Casos. Rev. Col. Bras. Cir. 2008;35(6):361-367.

Quadro 1. Protocolo do Grupo de Cirurgia Craniofacial da Disciplina de Cirurgia Plástica e Queimaduras do HCFMUSP para tratamento dos pacientes de fissuras labiopalatinas.

Idade	Procedimento e/ou avaliação
Nascimento	Orientação quanto à amamentação Avaliação multidisciplinar inicial: fonoaudiólogo, geneticista, otorrinolaringologista e cirurgião plástico Início do acompanhamento da curva de crescimento
3 meses de vida	<u>Queiloplastia:</u> Unilateral - Técnica de Millard modificada com rinoplastia estendida Bilateral - Técnica de Millard em tempo único. Se ambas, inicialmente adesão labial e, após 6 meses, procedimento cirúrgico padrão Se otite - colocação de tubo de ventilação por otorrinolaringologista Moldagem em gesso da fissura
12 meses de vida	<u>Palatoplastia segundo a técnica descrita por von Langenbeck com veloplastia intravelar estendida</u> Início do tratamento anual pela fonoaudiologia
5 anos de vida	<u>Faringoplastia com técnica de pedículo superior nos pacientes portadores de insuficiência velofaríngea</u> <u>Nasofibrosopia e polissonografia pré e com pós-operatório 1, 6 e 12 meses, após anual</u> Moldagem de gesso e cefalometrias anuais
6 anos de vida	Início do acompanhamento odontológico
7 a 9 anos de vida	Enxerto ósseo alveolar com osso proveniente da crista ilíaca Avaliação por meio de radiografia panorâmica, oclusal e periapical; tomografia computadorizada de face pré e pós-operatória de 6 a 12 meses
13 a 15 anos de vida	Cirurgia ortognática, se hipoplasia do terço médio da face
> 15 anos	<u>Rinoplastia secundária, quando necessária</u>

Depressão pós-parto: uma revisão sobre fatores envolvidos e sua consequência para a relação mãe-bebê

Jéssica Ferreira Alves^{†*}, Juliana Profillo Sampaio[†], Daniel da Silva Vianello[†], Jaqueline da Silva Felizardo[†]

Introdução

A depressão pós-parto (DPP) ainda é um assunto pouco abordado no ambiente da saúde da mulher, uma vez que existe uma escassez de estudos envolvendo mulheres em período puerperal. A depressão pós-parto adquiriu um reconhecimento maior no Brasil na década de 90, com a abertura do primeiro ambulatório de distúrbios mentais puerperais, em São Paulo.¹ Atualmente a DPP é considerada uma epidemia silenciosa, já que muitas vezes a identificação dos sintomas é feita tardiamente. Aproximadamente 50% das mulheres com depressão pós-parto não é precocemente diagnosticada. Tais dados podem ser reflexo direto do fato dos profissionais de saúde ainda desconhecem e não sabem avaliar os sintomas depressivos.¹ O início do estado de depressão comumente associa-se ao nascimento do filho e geralmente ocorre entre a quarta a oitava semana após o parto.^{2,3,4} Existem fatores que são considerados de risco para um quadro de depressão pós-parto como: gravidez não planejada, menor idade da mãe, ausência do apoio do parceiro, dentre outros.^{4,5,6} Além disso, mães que apresentam uma menor escolaridade, histórico de abortos, solteiras, mães que fazem abuso de drogas e álcool são mulheres que tem uma maior propensão para desenvolver um quadro de depressão pós-parto.^{4,5,6} Existem inúmeras alterações biológicas e emocionais que são características do período puerperal e estão diretamente relacionadas com a variação hormonal ocorrida nesta fase, entre elas estão: sensação de tristeza, irritabilidade e falta de energia.² Há também, fatores considerados protetores da DPP e promotores de uma boa relação entre mãe e filho, dentre os quais estão: o apoio familiar, a maior idade da mãe e o planejamento da gravidez. É por meio do apoio psicológico que muitas mulheres expressam e compartilham seus medos e angústias durante o período de gravidez. A porcentagem das mulheres que se encontram em quadro

de vulnerabilidade é de cerca de 10 a 15%.³ Desse modo, é necessário que haja um rastreamento precoce de mulheres que apresentam fatores de risco para desenvolver um quadro de depressão pós-parto, a fim de minimizar sintomas que podem gerar impactos pessoais, sociais e transtornos familiares. O objetivo deste artigo é investigar e analisar os fatores predisponentes e protetores relacionados a depressão pós-parto, assim como a sua repercussão na relação entre mãe e filho. A partir do conhecimento da doença, os profissionais de saúde poderão diagnosticar e conduzir essas mulheres a um tratamento mais específico através de um apoio psicológico, caso necessário.^{7,8,9,10}

Metodologia

A presente revisão de literatura foi baseada na seleção de 32 artigos, em língua portuguesa, inglesa e espanhola, na base de dados Scielo no período de julho de 2018 a fevereiro de 2019. O critério de inclusão de trabalhos no estudo foram artigos que abordassem o conteúdo proposto, a saúde da mulher durante o puerpério. O critério de exclusão adotado foram trabalhos que não abordavam o assunto proposto de forma esclarecedora.

Revisão bibliográfica

Segundo Vieira *et al.*¹⁸, a depressão pós-parto pode ser definida como um conjunto de sintomas presentes em uma puérpera e que iniciam-se, em geral, entre a quarta e a sexta semana pós-parto e têm grande impacto no bem-estar físico e mental da mulher, na saúde do bebê e na relação entre eles. Os sintomas mais comumente encontrados são irritabilidade, anedonia, ansiedade, desânimo persistente, culpa, alterações do sono e apetite¹⁸.

A forma sutil com a qual os sintomas maternos se

Afiliação dos autores: † Pró-Reitoria de Ciências Médicas, Universidade de Vassouras, Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil.

apresentam, muitas vezes, não tornam menos importantes as suas implicações para a relação atual e futura da díade mãe-bebê. O bebê tem a capacidade de perceber mínimas alterações no comportamento materno. Logo, mesmo as formas mais brandas de depressão materna podem afeta-lo¹².

Segundo Costa *et al.*²⁰, as crenças disfuncionais face à maternidade tem importante papel no desenvolvimento da DPP. Tais crenças podem ser definidas como a convicção acerca do papel materno no fracasso além de uma sensação de desesperança e inadequação pessoal acerca de ser mãe, do filho e do futuro. Essas crenças influenciam a forma com que o indivíduo interpreta as situações, e culmina no automatismo de pensamentos negativos.

Frente aos efeitos adversos da DPP, estudos envolvendo mulheres no puerpério são fundamentais para o levantamento de informações e possíveis fatores de risco para transtornos de humor comuns no período puerperal. A identificação de tais fatores de risco, é imprescindível para conhecermos aqueles que são potencialmente modificáveis através da intervenção, a fim de decidirmos a natureza e alvo das estratégias de prevenção desta condição clínica, objetivando minimizar os danos ao binômio mãe-filho^{1,20}.

Schwengber *et al.*³ e Murta *et al.*⁶ afirmaram sobre a importância de uma avaliação precoce da depressão, podendo ser feita já durante a gestação. A partir do diagnóstico do quadro depressivo da gestante, a realização de intervenções médicas, psicológicas e sociais com o objetivo principal de apoiá-la e oferecer suporte ainda na gestação podem ser viabilizadas.

Em consonância com Schwengber *et al.*³, Arrais *et al.*^{5,15} a participação em algum programa de pré-natal com base numa abordagem psicológica; suporte social na gestação e puerpério, e manter relações sociais positivas podem proteger a gestante contra a DPP. Além disso, o pré-natal psicológico pode minimizar o impacto que os fatores de risco podem causar.

Segundo Silva *et al.*¹¹ filhos de mães com sintomatologia depressiva tem maior risco para interrupção da amamentação exclusiva, tanto no primeiro mês quanto no segundo mês de vida. Neste estudo também se observou uma tendência maior de interrupção do aleitamento materno exclusivo em mulheres mais jovens e com menor renda per capita. Dessa forma, segundo Melo *et al.*²¹ estudos revisados indicaram que o estado de humor deprimido da mãe pode repercutir negativamente nas suas primeiras interações com o bebê e, conseqüentemente, influenciar no desenvolvimento intelecto-social da criança. Em contra partida, Lima *et al.*¹³ concluíram que não existem estatísticas significantes relacionando sintomas depressivos maternos no pré-natal ou puerperal com desnutrição ou excesso de peso na criança.

Albuquerque *et al.*²⁵ concluíram que a capacitação

da equipe multiprofissional, para triagem adequada e identificação precoce de sintomas depressivos é fundamental. Assim, seria possível intervir de forma hábil nessas mulheres, minimizando as conseqüências negativas do transtorno mental vivenciadas durante o período puerperal^{24,26}.

Discussão

A maternidade é marcadamente uma função de base psicológica, que consiste na experiência pessoal e psicológica do eu materno em relação ao filho. Esse período é marcado por estereótipos de gênero que permeiam as relações sociais e que geram transtornos emocionais nas mulheres.⁵ Os distúrbios do humor que podem se manifestar no período pós-parto incluem, além de depressão, a melancolia própria da maternidade (*baby blues*) e as psicoses puerperais. A melancolia da maternidade é um distúrbio que caracteriza-se por uma labilidade transitória de humor, e atinge cerca de 60% das novas mães. Esse distúrbio de humor ocorre, geralmente, entre o terceiro e o quinto dia após o parto e em geral, tem remissão espontânea. Entretanto, as psicoses puerperais apresentam sintomas mais acentuados, como euforia, irritação, agitação, insônia, delírios e alucinações. Devido a gravidade dos sintomas, freqüentemente, requerem tratamento intensivo e, por vezes, hospitalização.⁶ Nesse sentido, enfatize-se que uma combinação de fatores biológicos, obstétricos, sociais e psicológicos pode significar risco para a depressão pós-parto. Em um estudo, que examinou a repercussão da depressão materna na interação mãe-bebê, as díades (mãe-bebê) foram observadas em vários episódios interativos nos quais as mães ora simulavam afeto depressivo e afastamento e ora simulavam afeto normal. Os resultados mostraram que, diante das mães menos responsivas, expressivas, envolvidas e falantes, os bebês tendiam a se afastar fisicamente, se tornavam menos interessados na exploração de objetos e apresentavam mais comportamentos negativos para chamar atenção. Além disso, os filhos de mães deprimidas apresentaram mais afeto negativo.^{6,7} Quando as mães não estavam simulando afeto depressivo e afastamento, os bebês evidenciavam mais comportamentos positivos, ficavam mais curiosos e interessados em objetos ao seu redor e brincavam mais próximos às mães. Os fatores protetores que se mostraram significativamente associados a essa condição foram suporte profissional e apoio da equipe de saúde durante o parto, enquanto que ser adolescente, ter maior paridade e histórico de depressão prévia ou na família foram considerados fatores de risco. A idade, a multiparidade, a escolaridade, residir com marido/companheiro foram fatores associados à depressão. Identificamos maior risco entre as gestantes múltiparas (dois ou mais partos). Além disso, a revisão da

literatura mostrou que, ter tido depressão na vida, além da presença de estresse e ansiedade e depressão durante a gestação, baixo suporte social e familiar, falta de apoio do parceiro e falta de apoio social no puerpério, são fatores que aumentam o risco de ter depressão pós parto.⁹ Em contrapartida, ter participado de algum programa de pré-natal com base numa abordagem psicológica, ter uma relação saudável com suas próprias mães e ter suporte social na gestação e no puerpério e manter relações sociais positivas podem proteger a gestante contra a DPP, e podem minimizar o impacto que os fatores de risco podem causar o que confirma vários estudos da área.¹⁰ Os dados aqui apresentados mostram a necessidade de novas ações na atenção às gestantes, principalmente durante a realização do pré-natal, visando a oferecer à mulher um acompanhamento mais global de sua gestação, assim como o suporte social e profissional de que necessita naquele momento. A depressão anterior à gestação e a depressão familiar foram fatores de risco para esta doença.

Conclusão

A importância dos profissionais de saúde envolvidos no pré-natal, parto e puerpério conhecerem os sinais da depressão pós-parto é primordial, sabendo-se que, o período de depressão pós-parto é um momento de extrema vulnerabilidade para a mulher. Após essa revisão, os profissionais estarão aptos a reconhecer as grávidas em necessidade, principalmente as mães que apresentam mais fatores de risco ligados a doença e necessitam de uma atenção e acompanhamento psicológico maior, visto que, há um impacto negativo sobre a mãe e seu filho.

Referências

- Andrade M, Demitto MDO, Agnolo D, Millene C, Torres MM, Carvalho MDD, et al. Tristeza materna em puérperas e fatores associados. *Rev Port de Enf de Sa Ment*. 2017; 20(18): 8-13. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S164721602017000300002
- Rocha A, Araujo TC. Depressão Pós-Parto: Uma Revisão Sobre Fatores De Risco E De Proteção. *Psic, Saúde e Doenç*. 2017; 18(3): 828-845. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862017000300016
- Schwengber DDS, Piccinini CA. O impacto da depressão pós parto para a interação mãe-bebê. *Estud de psic*. 2003; 8(3): 403-411. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v8n3/19962.pdf>
- Hartmann JM, Mendoza-sassi RA, Cesar JA. Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados. *Cad de Saúde Púb*. 2017; 33(9): 1-10:e00094016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n9/1678-4464-csp-33-09-e00094016.pdf>
- Arrais AR, Mourão MA, Fragalle B. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. *Saúde & Soc*. 2017; 23: 251-264. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S01041290201400100251&script=sci_abstract&tlng=pt
- Murta SG, França C, Santos LKB, Bolejack L. Prevenção e promoção em saúde mental: fundamentos, planejamento e Estratégias de intervenção. 2017; 13(2): 601-621. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932014000200005&script=sci_abstract&tlng=pt
- Pereira PK, Lovisi GM. Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. *Rev Psiquiatr Clin*. 2008; 35: 144-53. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832008000400004
- Figueira P, Corrêa H, Malloy-Diniz L, Romano-Silva MA. Escala de depressão pós-natal de Edimburgo para triagem no sistema único de saúde. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(1): 79-84. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000800012
- Radke-Yarrow M, Nottelmann E, Belmont B, Welsh JD. Affective interactions of depressed and nondepressed mothers and their children. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 1993; 21: 683-695. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722004000300004
- World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Geneva: WHO; 2008. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43895/9789241596664_eng.pdf;jsessionid=4597CC6085C6E9D959D66C7DA3E198F6?sequence=1
- Silva CS, Lima MC, Sequeira-de-Andrade LAS, Oliveira JS, Monteiro JS, Lima NMS. Associação entre a depressão pós-parto e a prática do aleitamento materno exclusivo nos três primeiros meses de vida. *J. Pediatr*. (Rio J). 2017 Ago; 93(4): 356-364. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S002175572017000400356&script=sci_arttext&tlng=pt
- Morais AODS, Simões VMF, Rodrigues LS, Batista RFL, Lamy ZC, Carvalho CA. Sintomas depressivos e de ansiedade maternos e prejuízos na relação mãe/filho em uma coorte pré-natal: uma abordagem com modelagem de equações estruturais. *Cad. Saúde Pública*. 2017; 33(6): e00032016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000605012
- Lima TFM, Maciel WM, Alencar MN, Cruz JAS, Carvalho CA, Silva AAM. Associação entre sintomas depressivos maternos com desnutrição ou excesso de peso infantis. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant*. 2017 Jul; 17(3): 591-601. Disponível em: http://faminasbh.edu.br/upload/Anais-II_CONGRSSO_UNIFICADO_2016.pdf
- Poles MM, Carvalheira APP, Carvalhaes MABL, Parada CMGL. Sintomas depressivos maternos no puerpério imediato: fatores associados. *Acta paul. enferm*. 2018 July; 31(4): 351-358. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-21002018000400351&lng=pt&nrm=iso
- Arrais ADR, Araujo TCFD. Fatores de Risco e Proteção Associados à Depressão Pós-Parto no Pré-Natal Psicológico. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2018; 38(4): p.711-729. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-98932018000500711&lng=pt&nrm=iso
- Silveira MS, Gurgel RQ, Barreto IDC, Trindade LMDF. A depressão pós-parto em mulheres que sobreviveram à morbidade materna grave. *Cad. saúde colet*. 2018 Dec; 26(4): 378-383. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-462X2018000400378&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
- Lima MOP, Tsunehiro MA, Bonadio IC, Murata M. Sintomas depressivos na gestação e fatores associados: estudo longitudinal. *Acta paul. enferm*. 2017 Jan; 30(1): 39-46. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002017000100039&script=sci_abstract&tlng=pt
- Vieira ES, Caldeira NT, Eugênio DS, Lucca Marina MSIA. Autoeficácia para amamentação e depressão pós-parto: estudo de coorte. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2018; 26: e3035. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/pt_0104-1169-rlae-26-e3035.pdf
- Morales A, Catalán A, Pérez F. Los padres también se deprimen en el postparto: comprendiendo el fenómeno desde la voz de sus protagonistas. *Revista Latinoamericana*. 2018; 17(50): p.161-181. Disponível em: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/polis/v17n50/0718-6568-polis-17-50-00161.pdf>
- Costa CA, Rodrigues S, Canavarró MC, Fonseca A. Adaptação da Escala de Crenças Disfuncionais face à Maternidade para a população portuguesa: Estudos psicométricos. *Análise Psicológica*. 2018; 36(2): p.247-260. Disponível em: <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/view/1387>
- Melo SB, Jordão RRR, Guimarães FJ, Perrelli JGA, Cantilino A,

Sougey EB. Sintomas depressivos em puérperas atendidas em Unidades de Saúde da Família. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* 2018 Mar; 18(1): 163-169. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292018000100163&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

22. Diniz E, Santos LDS, Koller SH. Social Support as Moderator of Knowledge about Infant Development in Adolescent Mothers. *Paidéia.* 2017; 27(68): p.281-289. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2017000300281

23. Williams ME, Frey BN. Salivary cortisol during memory encoding in pregnancy predicts postpartum depressive symptoms: a longitudinal study. *Trends Psychiatry Psychother.* 2017 Dez; 39(4): 280-284. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-60892017000400280&script=sci_abstract

24. Alvarenga P, Frizzo GB. Stressful Life Events and Women's Mental Health During Pregnancy and Postpartum Period. *Paidéia.* 2017; 27(66): p.1-9. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/2017-32826-007>

25. Albuquerque MR, Corrêa H, Couto TC, Santos W, Romano-Silva MA, Santos LMP. A proposal for a new Brazilian six-item version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Trends Psychiatry Psychother.* 2017 Mar; 39(1): 29-33. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-60892017000100029&script=sci_abstract

26. Moraes GPA, Lorenzo L, Pontes GAR, Montenegro MC, Cantilino A. Screening and diagnosing postpartum depression: when and how?. *Trends Psychiatry Psychother.* 2017 Mar; 39(1): 54-61. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/trends/v39n1/2237-6089-trends-39-01-00054.pdf>

Transtornos Mentais Comuns nos Estudantes de Medicina

Isabelle Oliveira Souza Lima[†], Marco Antônio de Paula Furtado[†], Gastão Luiz Fonseca Soares Filho[†], Carmine Martuscello Neto^{†,‡}

Introdução

Transtornos Mentais Comuns (TMC) são transtornos mentais com uma variedade de sintomas não psicóticos, como esquecimento, irritabilidade, alteração no padrão de sono, dificuldade de concentração e de tomada de decisões, fadiga, além de queixas somáticas (cefaleia, falta de apetite, dispepsia e tremores), que interferem no equilíbrio do indivíduo, na qualidade de vida cognitiva e emocional, gerando grande sofrimento psíquico^{1,2}.

De acordo com Neves³, estudos epidemiológicos internacionais recentes para a população geral têm revelado altas taxas de transtornos mentais e que muitos destes têm início no indivíduo adulto jovem, período da vida em que as cobranças sociais intensificam-se, assim como as perdas inerentes ao processo de desenvolvimento da vida.

No caso dos estudantes universitários, a intensidade desse processo de transição jovem-adulto é aumentada, pois além das pressões acadêmicas e financeiras, o indivíduo, muitas das vezes, afasta-se da família e de seu grupo habitual de amigos para estudar em outra cidade⁴.

Os fatores estressores envolvidos na vida adulta, somados aos da vida acadêmica, proporcionam um meio rico para o desenvolvimento dos transtornos mentais, tornando crescente a incidência dos mesmos nas universidades e, por conseguinte, aumentando a prevalência destes, principalmente em alunos pertencentes a grupos sociais de maior vulnerabilidade. Estudar para entender tais problemas se propõe como o caminho mais sedimentado para atuar na correção e, principalmente, na prevenção dos mesmos⁵.

Discentes do curso de medicina são bastante acometidos por transtorno mental e, infelizmente, há poucos estudos que retratam com profundidade o assunto e que relacionam os possíveis fatores de risco. A ocorrência de transtornos mentais ainda na Universidade, se não for identificada e tratada

corretamente, pode permanecer e comprometer o desempenho nas atividades diárias, causar sobrecarga nos serviços de saúde e propiciar o desenvolvimento de transtornos mais graves durante a vida profissional⁶.

Sendo assim, é importante que trabalhos e estudos focados nesse público sejam incentivados e realizados, tendo ênfase na mensuração da prevalência das principais doenças mentais, na identificação dos fatores de risco e de prevenção observados nesses indivíduos. Assim, os estudos forneceriam subsídios para políticas e práticas preventivas, além de intervenções que minimizariam as consequências negativas do adoecimento mental.

O presente estudo teve como objetivo analisar as evidências encontradas na literatura sobre a ocorrência dos transtornos mentais comuns nos estudantes de medicina no Brasil e seus fatores associados.

Material e métodos

O método utilizado para a pesquisa foi uma revisão de literatura. Para a elaboração do presente estudo, observou-se as seguintes etapas: identificação do tema, busca na literatura, categorização dos estudos, interpretação dos resultados e apresentação da revisão de literatura. Foram consultadas três bases de dados para a seleção das publicações, a saber: National Library of Medicine (PubMed), Scientific Eletronic Library Online (Scielo) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), sendo utilizadas diferentes estratégias de busca e três descritores controlados. Dessa forma, a consulta para identificação dos descritores deu-se no Descritores Ciência da Saúde (DeCS/Bireme) e os identificados foram: saúde mental, estudantes de medicina e transtornos mentais. Os critérios de inclusão foram: artigos em periódicos, dissertações, estudos inéditos, relatos de experiência e teses compreendidos entre o período de janeiro de 2010 e outubro de 2018, com resumo e texto completo em português ou inglês, que avaliaram e retrataram a saúde mental dos estudantes

Afiliação dos autores: [†] Pró-Reitoria de Ciências Médicas, Universidade de Vassouras, Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil.

[‡] Laboratório de Pânico e Respiração - UFRJ, LABPRJ, Rio de Janeiro, Brasil.

de medicina através do *Self-Reporting Questionnaire* (SQR-20). A delimitação do tempo para a realização da busca se justifica ao se reconhecerem: o aumento da prevalência de transtornos e as mudanças ocorridas na saúde mental dos estudantes, no contexto brasileiro, nos últimos anos.

Resultados

Os artigos selecionados foram da base de dados da PubMed, Scielo e LILACS com um limite temporal entre 2010 e 2018. Foram encontrados 27 artigos, com os descritores Saúde Mental, Estudantes de Medicina e Transtornos Mentais. Foram selecionados apenas os artigos que se enquadravam nos critérios de inclusão e que trouxessem uma abordagem relevante à construção desta revisão. Destes, apenas 7 artigos foram selecionados a partir dos critérios de inclusão/exclusão, formando, assim, o corpus de análise do presente estudo.

Um estudo realizado pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) em 2010, visando a quantificar os alunos que sofrem de algum transtorno mental, mostrou que 37,1% obtiveram pontuação que os classifica como casos “suspeitos” de transtornos mentais comuns através do questionário SQR-20, sendo que destes, a maioria era do sexo feminino (40%), não possuía renda própria (43%), possuía pensamentos de abandonar o curso (50%), considerava o seu desempenho acadêmico insuficiente (66,7%) e não estava satisfeito com a escolha profissional (100%). Tal estudo também apontou ainda maior prevalência destes transtornos entre os alunos dos segundo (52,6%) e quarto (53,8%) anos do curso de medicina⁷.

Um estudo desenvolvido por uma universidade pública do Paraná indicou nos alunos uma prevalência de TMC de 35,8% no início do semestre e de 51,5% para o final, não sendo constatadas variáveis significativas em relação às variáveis socioeconômicas e demográficas. Mas para o início do semestre foram relatados fatores associados, como: realizar atividade extracurricular, não realizar atividade acadêmica remunerada, possuir doença atual e ter sono de qualidade ruim. Já para o final do semestre, além dos fatores anteriormente apresentados foram observados: sexo feminino, realizar atividade extracurricular maior que 5 horas semanais e não realizar atividade física regular⁸.

Os alunos de uma universidade estadual paulista apresentaram uma prevalência de 44,9% de TMC. Nesse estudo também foi identificada a falta de apoio social como fator de risco para o desenvolvimento de transtornos, devido a maioria dos estudantes acometidos ser solteira (69%), visitar a família menos de uma vez por mês (50%), não estar adaptada a cidade (81,3%), apresentar dificuldade para fazer amizades (65,7%) e se sentir rejeitada por amigos e pessoas da mesma faixa

etária (67,3%). Ao final, sugeriu que o aumento de interação social entre estudantes poderia diminuir essa alta prevalência⁹.

Foi relatada uma prevalência de 32,2% de TMC em estudantes de medicina avaliados numa universidade estadual da Bahia em 2016, sendo maior a prevalência em indivíduos do sexo feminino (70,3%) e de cor parda (48,6%). Também foram avaliados os domínios (ambiental, psicológico e físico) em relação à qualidade de vida, os quais encontraram-se diminuídos em indivíduos com suspeição de TMC¹⁰.

Um estudo avaliando a saúde mental dos discentes do primeiro período de medicina de três instituições do Norte de Minas relatou uma diferença bastante significativa em relação à prevalência de TMC segundo o gênero. Dentre os que possuíam esse tipo de transtorno, 30,6% eram homens e 53,8% eram mulheres¹¹.

A prevalência total de suspeitos de TMC encontrada foi de 33,6% no estudo avaliando os estudantes do curso de Medicina da Universidade Federal da Paraíba. Este estudo apontou maior prevalência de TMC em alunos do curso básico (41,5%) e do clínico (42%) e menor em alunos no internato (18,5%). Outras variáveis foram: dificuldade de fazer amigos (77,5%), não seguir uma religião (44,8%), idade menor que 19 anos (42,6%), sentir-se rejeitado por amigos ou outros da mesma faixa etária (82,9%), sentir que não recebe o apoio emocional que necessita (52,9%) e ter história familiar de doença psiquiátrica (43,8%)¹².

Um estudo transversal na Universidade Federal de Sergipe em 2006 revelou uma prevalência de 40% de TMC na população avaliada, sendo que 45,5% dos alunos do quinto período e 54% do internato apresentaram TMC¹³.

Discussão

O presente estudo permitiu analisar periódicos que abordam a saúde mental dos estudantes de medicina no Brasil, relacionando-a à qualidade de vida, fatores de risco e de proteção. Para a interpretação dos resultados e apresentação da revisão, optou-se em discutir os achados a partir dos temas convergentes extraídos dos artigos.

As taxas de prevalência geral de TMC identificadas neste estudo mantiveram uma faixa entre 32,2% e 44,9%^{7,9,10,12,13}, sendo possível perceber que estudantes de medicina são vulneráveis a desenvolver transtornos mentais devido a fatores individuais e curriculares. Dentre esses fatores foi possível observar a experiência de vida, os aspectos da personalidade, os danos ocupacionais da profissão, a grade curricular extensa, a relação entre alunos e professores, o medo de fracasso nas avaliações, o sofrimento dos pacientes, o afastamento de familiares e amigos, seja por mudança

de cidade ou pela carga horária exaustiva^{14,15,16}.

Já no estudo comparativo que avaliou a prevalência de TMC nos universitários no início e no final do semestre obteve-se um resultado respectivamente de 35,8% e 51,5%. Considerando essa marcante diferença, pôde-se inferir que no final do semestre as cobranças por parte dos professores e dos próprios alunos, com realização de provas e trabalhos, podem ter influenciado nesse aumento⁸.

O artigo avaliando os acadêmicos do primeiro período demonstrou uma prevalência de TMC entre 30,6% nos homens e 53,8% nas mulheres¹¹, demonstrando que os universitários desde a iniciação à formação acadêmica apresentam sintomas de TMC devido ao período de transição de vida em que as cobranças sociais e pessoais se intensificam (3, 4) e que fatores relacionados ao gênero também são importantes para o desencadeamento dos sintomas^{7,8,10,11}.

Dentre os estudos analisados, alguns mostraram maior taxa de TMC no ciclo básico e no clínico^{7,12}, já em outro mostrou uma taxa mais elevada no internato¹³. Não se pode afirmar que há um período de maior vulnerabilidade para desenvolvimento de transtornos mentais, pois esse sofre influência de acordo com as características e a grade curricular de cada escola médica, tornando-se essa análise complexa^{6,9,17}.

Alguns estudos apontaram a falta de satisfação no curso e na escolha profissional, baixo rendimento acadêmico, diminuição da qualidade de vida, não fazer atividade física regular, não ter religião, falta de apoio social, dificuldade em fazer amizades e sentir-se rejeitado por amigos ou pessoas da mesma faixa etária como importantes influenciadores no desenvolvimento de TMC^{7,9,10,12}.

Considerações Finais

O estudo permitiu identificar que os acadêmicos de medicina formam um grupo que necessita de um cuidado especial, pois além de precisarem lidar com conflitos próprios do seu período desenvolvimento, eles são vulneráveis socialmente por conta do contexto no qual estão inseridos. Esses fatores podem causar nos estudantes presença de sofrimento psíquico e de transtornos mentais, mas são passíveis de intervenção, mostrando a importância do planejamento de intervenções que favoreçam o bem-estar dos alunos. Outros fatores como história familiar, sexo, período do curso devem ser mais estudados, buscando-se compreender sua influência sobre os jovens e seus efeitos negativos na saúde dos indivíduos. Estudos como esses são importantes para subsidiar ações de prevenção e cuidado com a saúde mental dessa população, melhorando a qualidade de vida destes e, conseqüentemente, auxiliando em sua formação

profissional. Não obstante, são importantes para colaborar com reflexões sobre o modelo curricular vigente nas escolas médicas.

Referências

1. Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. *Br J Psychiatry*. 1986;148:23-6.
2. Goldberg D, Huxley P. Common mental disorders: a bio-social model. 2. ed. Tavistock: Routledge; 1993.
3. Neves MCC, Dalgalarondo P. Transtornos mentais auto-referidos em estudantes universitários. *J bras. psiquiatr*. 2007;56(4):237-244.
4. Cerchiari EAN. Saúde mental e qualidade de vida em estudantes universitários. Dissertação. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2004. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/313371/1/Cerchiari_EdneiaAlbinoNunes_D.pdf.
5. Aquino MT, Duarte MA, Ferreira RA. Prevalência de transtornos mentais entre estudantes de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Dissertação. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2012. Disponível em: http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/BUOS-93EL9J/1_pags_01_a_78.pdf?sequence=1.
6. Almeida AM, Godinho TM, Bitencourt AGV, Teles MS, Silva AS, Fonseca DC, et al. Common mental disorders among medical students. *J. bras. psiquiatr*. 2007;56(4):245-251.
7. Fiorotti KP, Rossoni RR, Borges LH, Miranda AE. Transtornos mentais comuns entre os estudantes do curso de medicina: prevalência e fatores associados. *J. bras. psiquiatr*. 2010;59(1):17-23.
8. Ferreira CMG, Kluthcovsky ACGC, Cordeiro TMG. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em estudantes de medicina: um estudo comparativo. *Rev. Bras. educ. Med*. 2016;40(2):269-277.
9. Silva AG, Cerqueira ATAR, Lima MCP. Apoio social e transtorno mental comum entre estudantes de Medicina. *Rev. bras. epidemiol*. 2014;17(1):229-242.
10. Santos LS, Ribeiro ÍJS, Boery EN, Boery RNSO. Qualidade de vida e transtornos mentais comuns em estudantes de medicina. *Cogitare enferm*. 2017;22(4):1-7.
11. Medeiros MRB, Camargo JF, Barbosa LAR, Caldeira AP. Saúde mental de ingressantes no curso médico: uma abordagem segundo o sexo. *Rev. bras. educ. med*. 2018;42(3):214-221.
12. Rocha ES, Sassi AP. Transtornos mentais menores entre estudantes de medicina. *Rev. bras. educ. med*. 2013; 37(2):210-216.
13. Costa EFO, Andrade TM, Silvany NAM, Melo EV, Rosa ACA, Alencar MA, et al. Common mental disorders among medical students at Universidade Federal de Sergipe: a cross-sectional study. *Rev. Bras. Psiquiatr*. 2010 Mar;32(1):11-19.
14. Ramos-Cerqueira AT, Lima MC. A formação da identidade do médico: implicações para o ensino de graduação em Medicina. *Interface. comun. saúde educ*. 2002;6(11):107-116.
15. Padovani RC, Neufeld CB, Maltoni J, Barbosa LNF, Souza WFC, Firmino et al. Vulnerabilidade e bem-estar psicológicos do estudante universitário. *Rev. bras.ter. cogn*. 2014;10(1):02-10.
16. Loureiro E, Mcintyre T, Mota-Cardoso R, Ferreira MA. A relação entre o stress e os estilos de vida nos estudantes de Medicina da Faculdade de Medicina do Porto. *Acta Med. Port*. 2008;21(3):209-214.
17. Rosal MC, Ockene IS, Ockene JK, Barrett SV, Ma Y, Hebert JR. A longitudinal study of students' depression at one medical school. *Acad. med*. 1997;72(6):542-546.

Gastrite psicossomática: a relação entre o estresse psicológico e gastropatias em estudantes de medicina

Bernardo da Luz Barbosa[†], Caique Nunes Moreira[†], Gabriel Delucas M. Morelli[†], Guilherme Dantas Borges[†], João Pedro Innocencio de Castro[†], Adilson Novaes Motta[†]

Introdução

O estresse psicológico, quando exacerbado, pode ser o precursor de diversas doenças¹. O estresse pode ser causado por fatores externos, como dificuldades familiares, sociais e profissionais, ou pode estar relacionado a percepções internas que causam uma experiência individual de ansiedade ou emoções negativas em relação a uma situação. O conflito intenso e persistente gera um estado de tensão, aonde o organismo acaba por expressar na forma de sintomas nem sempre muito claro, de maneira a manter a homeostase psíquica, esse é o mecanismo da somatização². A gastrite na sua forma aguda, que é de aparecimento súbito e evolução rápida, é associada a medicamentos, infecções e ao estresse psicológico³. A entrada na universidade pode propiciar aumentos nos níveis de estresse, principalmente em cursos de ensino integral como a medicina em que a demanda de tempo pelo aluno é alta. Cabe ao médico estar atento à origem da doença do paciente, se é fisiológica ou causada pelo estresse psicológico, a fim de realizar um tratamento adequado, não apenas a lesão, mas do indivíduo com um todo. Este trabalho buscou aprofundar os conhecimentos em relação ao estresse e seus efeitos no organismo, com um foco no sistema gastrointestinal e entendendo como ele seria capaz de evoluir para uma manifestação física que é o quadro de gastrite.

Material e métodos

Este trabalho foi baseado na revisão de diversos artigos, selecionados entre 2016 e 1992. Nas bases de dados Scielo e Pubmed, utilizando-se das palavras chave: Medicina Psicossomática, Transtornos Somatomorfos, Gastrite. Trato Gastrointestinal Superior e Estresse Psicológico, além de suas respectivas traduções para o idioma inglês.

Revisão de literatura

Estresse psicológico

As emoções são essenciais para a vida humana. É através delas que o indivíduo é capaz de se expressar e relacionar, sendo o sistema límbico o agente gerador destas. O estresse psicológico é um estado de tensão, aonde o indivíduo se sente pressionado. Quando confrontado com uma decisão ou situação difícil, aonde o indivíduo acredita que não consegue resolvê-lo de forma satisfatória, ocorre o estresse¹.

Pequenas quantidades de estresse diariamente são normais e até desejáveis. O estresse fisiológico pode aumentar o desempenho atlético, além de ser um fator de motivação, adaptação e reação ao ambiente. Entretanto, o estresse em excesso pode causar danos ao organismo. Esses sintomas são diversos, como tensão emocional, falha de memória, desgaste físico e mental, excesso de dúvidas e quando não observado pelo paciente pode ocorrer de formas mais graves como doenças no trato gastrointestinal, como herpes, úlceras gástricas, vitiligo, psoríase dentre vários outros.

O estudo da psicossomática analisa que quando o indivíduo não consegue externalizar seus sentimentos, ou se sente incapaz de lidar com as dificuldades da vida, o estresse resultante é capaz de desencadear problemas estomacais que não tem explicação fisiológica, mas são causados pelos seus conflitos internos.

Cerca de 90% da população é afetada pelo estresse e já é considerada a doença do século⁴.

O estresse é desencadeado a partir de um esforço de adaptação às pressões, sejam elas, internas, externas, pessoais ou coletivas e que propicia uma série de reações no organismo, sendo está presente em diversos roteiros⁵.

Estresses externos, ou estressores⁶, são eventos, experiências ou estímulos ambientais que causam

Afiliação dos autores: † Pró-Reitoria de Ciências Médicas, Universidade de Vassouras, Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil.

estresse psicológico no indivíduo. Esses eventos ou experiências são percebidos como ameaça física ou psicológica. Eles podem ser acontecimentos importantes da vida, como passar para uma faculdade, ou estresses diários, como os prazos para entregar trabalhos ou estudar para provas. Sejam positivos ou negativos, eles criam um senso de incerteza e medo, que em última instância gera o estresse.

Além de fatores externos, a percepções internas individuais também pode causar uma experiência de ansiedade ou emoções negativas em relação a uma situação.

O estresse psicológico apresenta manifestações através de dois sistemas no organismo, o sistema nervoso e o sistema endócrino. Os estímulos que chegam ao sistema nervoso central, sejam externos ou internos do próprio indivíduo, geram uma resposta do sistema nervoso autônomo e Sistema límbico, responsável pelas emoções. Os estímulos da cadeia em seqüência são desencadeados pela liberação de hormônios e pelas fibras através dos neurotransmissores, levando a respostas fisiológicas específicas para cada local. É dessa forma que o estresse gera resposta variáveis no corpo, dependendo da sua intensidade e natureza⁷.

Podemos classificar o estresse em quatro fases, a primeira é a fase de alerta, que é quando as suprarrenais liberam altos índices de catecolaminas, como a epinefrina, preparando o indivíduo para uma situação estressante como, por exemplo, uma avaliação, após esse primeiro momento o estresse normalmente é restabelecido ao normal, porém pode ocorrer casos em que ele não é eliminado, é aí onde começa a segunda fase. A fase de resistência é quando o corpo passa a gastar muita energia, energia essa que seria necessária para regular as outras funções vitais do corpo, é quando ocorre a terceira fase, que é a de exaustão, onde o corpo não consegue diminuir o nível de estresse e assim fica vulnerável às doenças, isso é quando ocorre a fase patológica do estresse, que é a última fase⁸.

Nota-se que cada indivíduo lida de forma diferente aos fatores estressores que podem ser externos ou internos.

O estresse nos acadêmicos de medicina

O estudante de medicina passa por tem diversos momentos de desafio, que o fazem ter um nível elevado de estresse além daqueles sociais, comentados anteriormente, desde a aprovação no vestibular concorrido, provas com conteúdo extenso, contato com cadáveres no anatômico, competição entre os colegas de classe, receios quanto à valorização da profissão e o medo de não ser aprovado na residência médica deixam o estudante ansioso podendo acometer diversos problemas como a gastrite⁵.

Estudos apontam que o estudante de medicina tem uma predisposição aos adoecimentos devido a inúmeros fatores, muitos deles relacionados com o nível de ansiedade, desencadeando baixa autoestima, piora na qualidade de vida e propensão a transtornos psicológicos como a depressão. Cerca de 15 a 25% dos alunos possuem algum transtorno psiquiátrico durante a graduação, e quando se trata de problemas gastrintestinais esse número aumenta demasiadamente, principalmente no sexo feminino, pois elas tendem naturalmente a se preocupar com situações cotidianas⁸.

A gastrite de fase aguda

A gastrite de fase aguda é de fácil abordagem, pois tem aparecimento súbito, evolução rápida e é facilmente associada com medicamentos, infecções e estresse físico ou psíquico, sendo as principais queixas dor e queimação no abdome, perda de apetite, sangramento digestivo, náuseas e vômitos⁹.

Entretanto, a gastrite de fase crônica envolve outras variáveis que devem ser consideradas. Estudos já demonstram que o estresse psicológico tem efeitos negativos sobre o sistema gastrointestinal, principalmente o estômago, pois ele gera uma intensa contração das artérias que o irrigam, causando isquemia do tecido e conseqüente uma resposta inflamatória. Além disso, os estímulos que o estresse provoca nos sistemas nervoso e endócrino desequilibram o pH estomacal e remove os seus fatores de proteção. Esse é o mecanismo de surgimento das úlceras estomacais de origem psicológica².

Quando a origem da gastrite não pode ser explicada pela medicina convencional, pelo fato do indivíduo não apresentar mecanismos fisiológicos que justifique o seu surgimento, deve-se pensar na origem psicossomática.

Os sentimentos e a gastrite

As pessoas que não conseguem externalizar sentimentos e pensamentos, acabam acumulando cargas negativas no subconsciente, o que de certa forma atinge a fisiologia do trato gastrointestinal, causando patologias. Os estudos³ conseguiram coletar dados e provar estatisticamente essas afirmações, utilizando as fichas médicas de pacientes do ambulatório de cirurgia do aparelho digestório do hospital e maternidade assunção, situados na cidade de São Bernardo do campo, no estado de São Paulo. Foi realizado inventário de expressão de raiva como estado e traço (STAXI) e uma entrevista semidirigida com os pacientes para obter informações. A coleta foi realizada do período de 28 de janeiro de 2002 a 26 de junho de 2002. Foram selecionados para pesquisa 109 pessoas sendo 41 do sexo masculino e 68

do sexo feminino. Após, a pesquisa constatou-se que 63 pacientes apresentaram resultados acima da média para a categoria controle da raiva. Não houve diferença significativa em relação à variável sexo.

Em relação à associação das emoções com a gastrite/esofagite, o caso mais relatado foi: stress, tanto nos homens tanto nas mulheres, seguido por nervosismo durante o trabalho e nervosismo em geral nos homens e ansiedade nas mulheres. Todos esses fatores citados estão intrinsecamente relacionados ao primeiro distúrbio de gastrite. Em relação a toda pesquisa apresentada se conclui que as mulheres estão mais presentes nos atendimentos médicos, em nível de prevenção primária ou de tratamento. Em relação à raiva, os homens apresentam resultados mais alto que as mulheres. Segundo Spielberger¹⁵ cabe salientar que a raiva está em índice mais alto na faixa etária de 18 a 30 anos de idade. Ainda na pesquisa, Spielberger¹⁵ mostra que pessoas afetadas pela gastrite e esofagite avaliadas não expressam sua raiva por meio de comportamentos agressivos, dirigidos a outras pessoas ou objetos. Elas são incapazes de exteriorizar sua raiva e com isso direcionam tudo para seu eu, afetando diretamente sua saúde.

[...] O estômago pode ser considerado como um símbolo do materno, tendo a função de receber de colher, de conter. Na gastrite e esofagite, há uma alteração dessas funções. Na esofagite, o alimento pode ser recusado e retornado (refluxo), e, na gastrite, o bolo alimentar que entra parece não encontrar "ambiente" adequado para seu processo de transformação e eliminação. É como se o que viesse de fora não fosse bem aceito, provocando um excesso de acidez, ou seja, a alteração constante da barreira da mucosa gástrica, fazendo com que se perca a função protetora das "paredes" do estômago, agredindo-o. O alimento não nutre, machuca. A auto-agressividade que aparece no excesso de ácidos, "corroendo" a mucosa gástrica, poderia estar relacionada com as dificuldades por para fora aspectos agressivos, destrutivos. Quando um conteúdo não for integrado no consciente do indivíduo, ele passa a fazer parte da sombra, podendo ser expresso simbolicamente por algum sintoma orgânico. Aqui poderíamos considerar que, mas gastrite e na esofagite, haveria uma expressão de conteúdos não integrados a consciência relacionados com a fase matriarcal [...].³

Ademais, vale ressaltar que as experiências boas ou ruins vão acontecer com todos, porém deve-se policiar em relação aos sentimentos e exteriorizá-los de alguma forma, pois como relatado na pesquisa quando interiorizar certos sentimentos que fazem mal a saúde.

A profilaxia para úlcera de estresse

O tratamento da gastrite depende do agente causador. Na gastrite aguda, normalmente são prescritos medicamentos que neutralizem, inibam ou bloqueiem a secreção ácida do estômago¹.

Prakash¹⁰ utilizou o método de estudo transversal

em único dia, dividindo os pacientes da unidade intensiva em três subgrupos (alto, médio e baixo risco). A úlcera de estresse define as lesões erosivas, associadas a estresse fisiológico extremo (sepse, politraumatismo ou queimadura grave), podendo ser causados por estresse gerados pela rotina exaustiva implantada na sociedade atual. Nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), atualmente estima-se uma incidência de 1,5% de sangramento digestivo clinicamente importante secundário a úlcera de estresse (SDUE)^{1,2}. O típico estado de hipersecreção ácida, fator comum na formação das úlceras duodenais de diagnóstico ambulatorial, não representa o principal mecanismo patogênico nas lesões dos pacientes criticamente enfermos^{1,3}. Os antiácidos, desde foram descobertos, são muito utilizados, com ótimos resultados, no tratamento das úlceras, porém, na profilaxia da sua formação, eles ainda geram algumas inseguranças. Desse modo, o artigo faz uma revisão da profilaxia das úlceras nas UTIs do estado do Rio Grande do Sul. Como método de estudos, foi realizado um questionário, contendo perguntas de variáveis demográficas e outras hemodinâmicas.

Dos 233 pacientes do estudo, 73% tinham alto risco para SDUE, 21,5% risco intermediário e 5,5% baixo risco. Quanto à profilaxia para SDUE, dos pacientes observados, sua grande maioria estava recebendo fármacos, assim, os dados indicam um uso indevido e sem critério das profilaxias dos casos analisados, mostrando um uso de medicamentos sem nenhum critério estabelecido na literatura médica.

Por fim, apesar desse fato, o estudo indica uma melhora nos índices de úlceras nos hospitais, porém ainda não é de conhecimento se essa melhora se deve ao fato de uma melhor assistência médica ou uma maior eficácia dos medicamentos.

Discussão

A doença não é somente a presença de alguma patologia, mas também, o desequilíbrio do estado psíquico, dificuldades sociais e problemas culturais. Dessa forma, a somatização entende-se como processo do organismo expressar na forma de sintomas os problemas não resolvidos¹.

Artigos recentes² já relacionam o estado emocional com certas condições fisiológicas. Adultos jovens de 20 a 29 anos apresentam o maior nível de raiva, associados a sintomas como boca seca, contração vesical, espasmo intestinal e hiperglicemia. Estudos³ mostram que pacientes que possuíam gastrite e esofagite estavam com níveis elevados de raiva, aonde os homens possuem o maior índice de raiva crônica. Além disso, 87% das pessoas com raiva acima da média têm gastrite associada a mais alguma doença.

Pesquisas^{2,3} demonstram que o estresse

psicológico e a raiva alteram a homeostasia do sistema nervoso autônomo, levando ao aumento motilidade e da secreção de pepsina e gastrina. Além disso, a depressão e o medo são relacionados à diminuição da motilidade e dessa secreção, dessa forma percebe-se diretamente que o sistema emocional interfere na fisiologia do trato gastrointestinal. O estresse psicológico é, portanto um fator de relevância no estudo da gastrite.

Inúmeros pacientes usam indiscriminadamente fármacos como os inibidores da bomba de prótons como, por exemplo, o Omeprazol, muito usado no cotidiano de muitas pessoas, no entanto, não sabe de fato, qual é a ação desses medicamentos, o que causa diversos efeitos inesperados. Além disso, estados de raiva, prazer intenso ou padrões agressivos levam a hiperemia, gástrica, processo de aumento do aporte sanguíneo do estômago, com conseqüente aumento da motilidade e secreção gástrica.

O jovem universitário é um indivíduo de risco para somatização de problemas mentais⁸, por isso é importante se atender a esse grupo para garantir que eles não sejam acometidos por problemas gástricos precocemente. Como já dito anteriormente, esses estudantes estão submetidos a grande estresse psicológico, associado a maiores níveis de raiva², o que aumenta a probabilidade de desenvolver patologias gástricas.

Considerações Finais

Tendo em vista os aspectos abordados, a entrada na universidade pode propiciar aumentos nos níveis de estresse, principalmente em cursos de ensino integral como a medicina em que a demanda de tempo pelo aluno é alta, o que pode acometer momentos de lazer, o ambiente hospitalar estressante, e novos vínculos de amizade. A psicossomática analisa o indivíduo como um todo, não somente suas condições fisiológicas, mas também suas relações culturais, socioeconômicas, familiares e afetivas. O estresse provocado por fatores externos e percepções internas, quando não administrados adequadamente, causa um acúmulo de tensão e perturbação interna, que aparece como sintomas em diversas áreas do corpo. Esses sintomas começam a aparecer de forma mais branda como tensão emocional, desgaste físico e mental, falha na memória e pode evoluir a casos mais graves quando não identificados previamente, como doenças gastrintestinais como gastrites, úlceras, herpes, além de psoríase e vitiligo.

Durante a vida universitária é muito comum o estresse, torna-se algo habitual, principalmente em cargas horárias maiores e um nível de responsabilidade elevado. Dessa forma, estão associados também, níveis elevados de doenças gástricas relacionadas ao estresse. Portanto, relaciona-se a importância em manter um equilíbrio mental para evitar o surgimento de doenças

gástricas. Tal como, a necessidade do profissional da saúde estar atento a saúde psicológica do indivíduo, além da forma como que este lida com seus obstáculos diários, para melhor compreensão da fisiopatologia de sua condição e tratamento efetivo.

Referências

1. Neto GVM, Oliveira OAM, Magalhães EM. O Estresse como Fator Desencadeador da Gastrite Crônica: Resposta Fisiológica ou Psicossomática?; 2016.
2. Júnior JRR, Barbosa A, Bandeira AR, Tavares C, Barbosa M.O sistema digestório e as emoções. *Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde*. Maceió. 2013; 1 (2): 97-110.
3. Moreno MTN, Araújo CA. Emoções de raiva associadas à gastrite e esofagite, 2005.
4. Deminco M. Jornada de Trabalho e Redução do Estresse. [Internet]. 2011 [acesso em 2019 abr 30] Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0576.pdf>.
5. Martins LAN, Martins MA. Residência médica: estresse e crescimento. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.
6. Collins English Dictionary – Complete & Unabridged 11.ed. 2012.
7. Silva JFC. Estresse ocupacional e suas principais causas e conseqüências. [monografia]. Rio de Janeiro: Universidade Cândido Mendes; 2010.
8. Souza L. Prevalência de sintomas depressivos, ansiosos e estresse em acadêmicos de medicina. [Tese de doutorado] [Internet] São Paulo: Universidade de São Paulo; 2011. [acesso em 2019 mai 10]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5131/tde-01022011-181552/pt-br.php>.
9. Blumenfeld M, Tiamsom KM. Medicina Psicossomática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
10. Prakash C, Zuckerman GR - Stress Ulcer Syndrome, In: Irwin RS, Rippe JM - In Intensive Care Medicine. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2003; 1093-1098.
11. Chiochetta AJ, Sehnem SB, Rosa AP. Avaliação do nível de estresse dos acadêmicos do curso de medicina na fase final do curso, 2016.
12. Cook DJ, Fuller HD, Guyatt GH et al - Risk factors for gastrointestinal bleeding in critically ill patients. *New Engl J Med*.1994; 330:377-381.
13. Messori A, Trippoli S, Vaiani M et al - Bleeding and pneumonia in intensive care patients given ranitidine and sucralfate for prevention of stress ulcer: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 2000; 321:1103- 1106.
14. Assis CL et al. Sintomas de Estresse em concluintes do curso de psicologia de uma faculdade privada do norte do País. *Mudanças - Psicologia da Saúde* [Internet]. 2013[acesso em 2019 mai 05]; 21 (1): 23-28. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v21n1p23-28>.
15. Spielberger CD. Manual de Inventário de Expressão e Raiva como Estado e Traço (STAXI). São Paulo: Vetor; 1992.
16. Duprat R. Investigação dos níveis de raiva e ansiedade em pacientes dislipidêmicos com e sem doença arterial coronária [Dissertação de Mestrado]. São Bernardo do Campo: Universidade Metodista de São Paulo; 1999.
17. Duprat R, Custódio EM, Martinez TLR. Doença arterial coronária (DAC), intensidade de raiva e ansiedade em pacientes com dislipidemias. *Mudanças – Psicoterapia e Estudos Psicossociais*. 2001; 9 (16): 166-212.

Os Desafios e a Importância da Ginecologia Infanto - Puberal

Revisão de Literatura

Gabriela Oliveira Ayres Barbosa^{†*}, Amanda Mitsue Simões de Castro[†], Rodrigo Poncioni de Macedo[†], Victória Gonçalves Samel[†], Ramon Fraga de Souza Lima[†]

Introdução

Sabe-se que a adolescência, segundo a OMS é um período que corresponde a faixa etária de 10 a 19 anos. No Estatuto da Criança e do Adolescente, considera-se a faixa etária entre 12 a 18 anos. É um período de descobertas pessoais, sociais e sexuais. A fase de descobertas sexuais traz consigo consequências, como gravidez indesejada, doenças sexualmente transmissíveis e abortamentos. Por isso é de grande importância a abordagem destes temas¹.

A falta de informação aos jovens nesse período acarreta um início sexual precoce, múltiplos parceiros sexuais, não adesão (ou desconhecimento) a métodos contraceptivos, além de doenças sexualmente transmissíveis. Esses riscos que os adolescentes estão submetidos geram grande repercussão na vida tanto a longo quanto a curto prazo, podendo desencadear alterações psicológicas e sociais. Muitas jovens ainda desconhecem a importância do exame dito "preventivo", a colpocitologia oncótica, que é um exame de extrema importância para rastreamento do câncer de colo de útero, além de receio por motivos de desconforto, dor, constrangimento, dificultando assim a busca pelo exame¹.

O acesso inadequado às unidades básicas de saúde, o medo relacionado à primeira consulta ginecológica, a falta de informação adequada e a necessidade da presença de um responsável desestimulam as adolescentes a procurarem um serviço de apoio em saúde. Não obstante, também se subestimam os dados epidemiológicos relacionados a essa faixa etária. O setor de saúde precisa estar apto para receber esses jovens, necessitando de uma equipe multidisciplinar para uma abordagem mais acolhedora e eficaz².

Assim, a presente pesquisa tem como objetivo analisar a visão socioculturais e ginecológica dos adolescentes. Buscar entender as dificuldades

encontradas na integração entre a ginecologia nesta faixa etária e a saúde sexual. E assim, esclarecer a situação atual sobre educação sexual e suas repercussões futuras.

Material e Métodos

Este trabalho foi uma revisão de literatura, baseada em 12 artigos científicos, feita em fontes indexadas como PUBMED, SCIELO e MEDLINE com o uso de palavras chave "ginecologia infanto-juvenil, sexualidade nos adolescentes, educação sexual e saúde sexual", e seus correspondentes em inglês.

Revisão de Literatura

A adolescência é uma fase marcada por grandes transformações psicológicas, físicas e sociais. A sexualidade revela-se em inéditas necessidades e surpreendentes emoções e a busca pela identidade e pertencimento a um grupo constituem situações que podem acarretar em vulnerabilidade comportamental e emocional, aumentando o risco de contrair enfermidades e colocando em risco a saúde em diversas dimensões.³

A consulta médica tem grande importância na vida dos pacientes. Tratando-se da consulta ginecológica, ela é de suma importância para prevenção de câncer, como o de mama e o cérvico-uterino, como também programas de planejamento familiar, pré-natal, patologias obstétricas e DSTs.⁴

Desta forma, a consulta ginecológica neste período de desenvolvimento humano é fundamental para reconhecimento da anatomia da mulher, da sexualidade, das mudanças em diferentes aspectos que podem ocorrer na adolescência e principalmente para o conhecimento de fatores de risco para patologias assim como comportamentos que podem influenciar no

Afiliação dos autores: † Pró-Reitoria de Ciências Médicas, Universidade de Vassouras, Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil.

processo saúde-doença.

Camargo e Ferrari⁵ em sua pesquisa concluiu que é dada muita importância para o conhecimento do corpo, seu ou o do sexo oposto, na busca de descobrir sua sexualidade. Tal interesse deve ser incentivado cada vez mais por parte dos educadores na busca de desenvolver nos adolescentes a preocupação com o autocuidado, visando promover neles a capacidade de decisão sobre práticas sexuais seguras. Também foi observado diferenças de gênero, em que a iniciação sexual é mais precoce entre os garotos em comparação às garotas.

Villela e Doreto⁶ afirmam que nas sociedades contemporâneas a escola tem sido o espaço privilegiado para a aquisição de habilidades cognitivas e sociais por jovens, facilitando os processos de recriação de si e do mundo e, assim, reduzindo a sua vulnerabilidade social. Além disso, jovens fora da escola têm menos chances de reinterpretar as mensagens pejorativas relacionadas às ideias de pobreza, negritude e feminilidade, o que interfere no modo como será exercida a sua sexualidade⁶.

Segundo o Ministério da Saúde que houve uma redução do nível de conhecimento sobre Aids entre a população de 15 a 24 anos, maior entre os grupos de menor escolaridade⁷.

Pazol *et al.*⁸ em sua pesquisa concluiu que a educação em saúde sexual tem resultados positivos em diversos métodos, como videoaulas, material escrito, peças interativas e mensagens de texto. Porém, para benefício a longo prazo, em relação a uso de contracepção incluindo o uso correto e consistente, o efeito positivo sobre as intervenções foi menor, provavelmente porque existe a necessidade de aconselhamento amplo para mudanças comportamentais no âmbito de saúde sexual.

As pesquisas sobre comportamento de saúde entre jovens estudantes no Brasil são escassos e se concentram em questões ligadas a gravidez precoce e anticoncepcional⁹. Além disso, os estudos abordam principalmente jovens de escolas públicas, pois as instituições particulares apresentam maior resistência em consentir esse tipo de pesquisa entre seus alunos. Apesar disso torna-se importante um olhar diferenciado às necessidades da adolescência, devido a importância dessa faixa etária no futuro para o desenvolvimento da população¹⁰.

Discussão

Em estudo amplo dos artigos citados, nota-se grande escassez sobre pesquisas relacionadas a sexualidade na faixa etária infanto-puberal. Apesar disso, em sua maioria, os estudos consideram a adolescência como período de intensas transformações sociais, comportamentais e física, ressaltando assim a

necessidade do autoconhecimento e do autocuidado deste grupo populacional a respeito de seu corpo. Com o objetivo de promover práticas sexuais seguras, educação em saúde e queda da vulnerabilidade social.

Camargo e Ferrari⁵ ressaltam em sua pesquisa com 117 adolescentes da 8ª série de uma escola estadual de Londrina, Paraná, que após oficinas realizadas pelos pesquisadores nesta escola o conhecimento sobre período fértil feminino aumentou 27,6% e sobre outras DSTs que não foram citadas no pré-teste aumentou 41,1%. Isso corrobora para assertiva de Pazol *et al.*⁸ de que a educação sexual para esse grupo populacional fornece resultados positivos em muitos métodos de ensino. Sendo assim, é necessário que haja trabalho sistemático, a médio e longo prazo, sobre sexualidade nas escolas para os adolescentes com objetivo de gerar conhecimento, independentemente do método de ensino abordado.

Outro ponto a ser discutido é a dificuldade que essas adolescentes encontram para terem sua primeira consulta ginecológica, visto que existem grandes obstáculos, como dificuldade de marcar consulta em muitos serviços, a exigência da presença de um responsável da paciente durante o atendimento e a idade em iniciar esse tipo de consulta. Além disso, consultas nessa faixa etária precisam ser individualizadas, com privacidade para se sentirem seguras e confiantes, pois muitas adolescentes não costumam dividir assuntos relacionados à sexualidade com os pais, buscando um apoio no médico, durante o atendimento para esclarecimento de dúvidas e obtenção de informações.

Em seu trabalho, Pereira *et al.*², procurou avaliar as diferenças entre as estudantes de escolas estaduais, federais e privadas em relação à idade que as jovens buscam pelo primeiro atendimento ginecológico. O estudo foi feito com 291 estudantes, sendo 107 de escola estadual, 89 de privada e 95 de federal. A média de idade da ida à primeira consulta nas estudantes de escola estadual foi maior quando comparada às outras duas instituições. A média de idade das escolas estaduais foi cerca de 14,5 anos. Já a média nas escolas federais foi de 12,5 anos e na privada de 12,9 anos. Tal resultado revelou que as estudantes de escolas privadas e federais buscam mais precocemente um atendimento ginecológico.

Em relação ao comportamento sexual dos adolescentes, acredita-se que as diferenças sócio-econômicas e culturais do Brasil exerçam grande influência. Com o objetivo de obter dados que demonstrem essa diferença, Martins *et al.*¹² realizou uma pesquisa com 269 adolescentes de escolas públicas e 1.325 adolescentes de escolas privadas do Município de São Paulo. Entre os resultados obtidos, 81% dos estudantes de escolas privadas e 71% dos estudantes de escolas públicas relataram ter tido relação sexual. Quanto a idade em que se iniciaram as atividades

sexuais, os adolescentes de escolas privadas iniciaram em faixas etárias maiores que os de escolas públicas. Já a prevalência de uso de preservativo masculino assim como o uso em todas as relações sexuais apresentou resultado semelhante tanto na rede pública quanto privada de educação, de 70% e 60%, respectivamente. Jiménez *et al.*¹², em estudo realizado com 635 mulheres, constatou que entre as adolescentes de baixo status sócio-econômico 64,5% relataram nunca terem feito uso de camisinha para prevenir DST, enquanto entre as adolescentes e as de médio-alto status sócio-econômico, esse valor foi de 47,7%.

Gomes *et al.*³ em sua pesquisa afirma que os jovens estão percebendo a possibilidade de incorporar a consulta ginecológica em seu cotidiano para esclarecer dúvidas, aprender sobre sexo e adotar medidas preventivas. Essa consulta pode ainda representar uma oportunidade para o conhecimento dos direitos ao acesso gratuito a métodos anticoncepcionais e, em casos necessários, à contracepção de emergência. Porém, conclui também que ainda existem barreiras para melhor aproveitamento dessas consultas principalmente por má informação como, por exemplo, que a consulta ginecológica tem indicação somente após a iniciação sexual. Abordando que muitas adolescentes desconhecem seus direitos e acreditam na impossibilidade de consultarem desacompanhadas.

Assim como Gomes *et al.*³, Pereira *et al.*² também destaca a importância de estabelecer uma relação de confiança que facilite o diálogo com o adolescente, esclarecendo a garantia do direito à privacidade e à confidencialidade durante a consulta. Mostrando que a atenção ofertada a esse público necessita tornar-se mais ágil e atraente, de forma a melhorar sua captação e adesão à rotina preventiva ginecológica. Portanto, acrescentando as considerações de Camargo e Ferrari⁵ que a escola constitui espaço adequado para a implementação de programas educativos, levando-se em conta a participação dos pares (amigos), professores e familiares nessas ações, torna-se importante a discussão dos desafios da ginecologia infanto-puberal e o aprimoramento de soluções para melhor abordagem em saúde com adolescentes no âmbito escolar, ambulatorial e de pesquisa.

Considerações Finais

Este artigo considerou que o comportamento sexual dos jovens precisa de auxílio através de educação continuada para ser efetiva a longo prazo. O conhecimento dos jovens sobre AIDS tem caído apesar de extensas propagandas governamentais nesse aspecto. A educação sexual é de suma importância pelo impacto sociodemográfico e ginecológico, também porque existe grande interesse dos adolescentes na sua sexualidade.

Agradecimentos

A bolsa PIBIT/CNPq concedida à aluna Amanda Mitsue Simões de Castro.

Referências

1. Cruz DE, Jardim DP. Adolescência e Papanicolau: conhecimento e prática. *Adolesc& Saúde* 2013; 10 (1); 34-42.
2. Pereira SM, Taquette SR, Pérez MA. Consulta ginecológica sob a ótica de estudantes do ensino médio do Rio de Janeiro. *Rev Saúde Pública* 2013; 47 (1); 2-10.
3. Gomes VLO, Fonseca AD, Oliveira DC, Silva CD, Acosta DF, Pereira FW. The representations of adolescents about gynecological consultation. *Rev Esc Enferm USP*. 2014 Jun ; 48(3) : 438-445.
4. Torres, M.E, Miranda-Ribeiro P, Machado CJ. Vai lá, tira a roupa... e... pronto...": o acesso a consultas ginecológicas em Belo Horizonte, MG. *Rev. Bras. Estud. Popul.* 2008; 25 (1):49-69.
5. Camargo EAI, Ferrari RAP. Adolescentes: conhecimento sobre sexualidade antes e após a participação em oficinas de prevenção. *Ciênc saúde coletiva*. 2009;14 (3).
6. Villela W, Doreto D. Sobre a experiência sexual dos jovens. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(11):2467-2472.
7. Ministério da Saúde. Pesquisa: conhecimento, atitude e prática. <http://www.aids.gov.br>. (acessado em 08/Nov/2018).
8. Pazol K, Zapata L, Dehlenhorf C, Malcom N, Rosmarim R, Frederiksen B. Impact of Contraceptive Education on Knowledge and Decision Making: An Updated Systematic Review. *Am J Prev Med* 2018;55(5):703–715.
9. Boruchovitch E. Fatores associados à não-utilização de anticoncepcionais na adolescência. *RevSaúdePública*1992;26:437-443.
10. Carlini-Cotrim B, Gazal-Carvalho C, Gouveia N. Comportamento de saúde entre jovens estudantes das redes pública e privada da área metropolitana do estado de São Paulo. *RevSaude Publica*. 2000;34(6):636-45. DOI:10.1590/S0034-89102000000600012
11. Martins, LBM, Costa-Paiva, LHS, Osis, MJD, Sousa, MH, Pinto-Neto, AM, Tadini V. Fatores associados ao uso de preservativo masculino e ao conhecimento sobre DST/AIDS em adolescentes de escolas públicas e privadas do Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22 (2): 315-323.
12. Jiménez AL, Gotlieb SLD, Hardy E, Zaneveld LJD. Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis em mulheres: associação com variáveis sócio-econômicas e demográficas. *Cad Saúde Pública* 2001; 17:55-62

Comparação entre a incidência nacional, regional e estadual, da infecção de HIV em gestantes, nos últimos 15 anos – estudo epidemiológico

Mariana Marques Rechuan[†], Nina Feital Montezzi[†], Mayara Cristina Barreto Lysandro[†], Aline Pereira Barbalho[†], Luiza Barbosa Brandão[†], Osvaldo Luiz Aranda[†]

Introdução

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é entidade clínica crônica transmitida pelo vírus HIV, adquirida por contágio sexual, parenteral ou vertical, que permite medidas preventivas. Apresenta evolução lenta, com perda constante de linfócitos TCD4+, o que gera uma disfunção do sistema imune e culmina em infecções oportunistas, neoplasias e em alguns casos, com demência. Atualmente, a epidemia de AIDS no Brasil se configura em subepidemias, dentre elas a sua ocorrência em gestantes, que representam 108.134 casos, dos 194.217 casos totais de HIV notificados entre o ano de 2000 e 2017, estando 39,1% concentradas na região Sudeste. Essa informação traz impacto negativo a saúde, devido a morbimortalidade da AIDS e por sua transmissão vertical (TV) para o feto¹⁻⁴.

Os primeiros casos de AIDS foram diagnosticados na década de 1980 e desde então o perfil epidemiológico da transmissão do HIV sofreu modificações, sobretudo no aumento da incidência em mulheres em idade reprodutiva. Isso se refletiu em um aumento da prevalência da doença em crianças, relacionada a exposição ao vírus por transmissão vertical. Diante disso, as gestantes com HIV se tornaram um grupo epidemiológico importante, visto que podem gerar crianças infectadas⁵⁻⁶.

A transmissão vertical é considerada a maior responsável pelos casos de AIDS em crianças. No Brasil, 84% dos casos de infecção por HIV em crianças de até 13 anos, ocorreram por TV. Essa forma de transmissão pode ocorrer durante a gestação, no parto, pelo contato com as secreções e sangue materno, ou na amamentação. A probabilidade da infecção ocorrer, sem que se faça qualquer intervenção, pode chegar a 25,5%. Entretanto, se a gestante for identificada e instituídas medidas

preventivas esse número pode chegar a zero⁴⁻⁵.

O diagnóstico da infecção pelo HIV em gestantes, é realizado pelo teste anti-HIV, que deve ser oferecido precocemente no pré-natal. Isso porque, quanto antes identificado, melhor o controle da infecção maternal, e posteriormente melhores resultados na profilaxia da transmissão vertical e menor a chance de infecção do feto⁴.

A importância e objetivo desse estudo consistem em demonstrar por meio de dados estatísticos a prevalência da infecção do HIV em gestantes, em âmbito nacional, na região sudeste e no estado do Rio de Janeiro, para que possa auxiliar os gestores em saúde a aprimorar políticas de promoção em saúde voltadas para a prevenção e combate dessa entidade, visando a redução da transmissão vertical da doença.

Material e Métodos

Essa pesquisa se configura em um estudo epidemiológico, a respeito da infecção de HIV em gestantes no Estado do Rio de Janeiro, na região Sudeste e no Brasil. Os dados serão obtidos a partir dos Boletim Epidemiológico de HIV do ano de 2016 e 2017, e serão utilizadas informações notificadas durante 15 anos, abrangendo o ano de 2002 até 2017. Os valores obtidos serão apresentados em gráfico de dispostos de acordo com as variáveis: Rio de Janeiro, Sudeste e Brasil em valores absolutos correspondente a cada ano.

O levantamento bibliográfico que fundamenta essa pesquisa, foi realizado nas plataformas Pubmed e Scielo, no período de 2007 a 2017 sobre a incidência de HIV na gestante. A busca de dados foi realizada a partir dos informes epidemiológicos do estado do Rio de Janeiro e do Brasil, sobre HIV nos últimos 15 anos,

Afiliação dos autores: [†] Pró-Reitoria de Ciências Médicas, Universidade de Vassouras, Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil.

utilizando como descritores: boletim epidemiológico – HIV; informe epidemiológico – gestante.

Resultados

Os resultados obtidos (Figura 1) mostram a evolução, do número de casos de infecção por HIV em gestantes no Brasil, Sudeste e no Estado do Rio de Janeiro, entre os anos de 2002 até 2017. No Brasil, a média de casos nos 15 anos foi de 6.172,18 casos por ano. No período de 2003 até 2009 houve maior estabilização da notificação, representados por um desvio padrão de 222,27 casos, da média nesse período. A incidência da infecção materna, em âmbito nacional, foi mais expressiva no período de 2010 até 2015, em que os casos aumentaram de 5995 para 7901, o que corresponde a um crescimento de 31%. De 2015 para 2016, observou-se queda de 52,37% (redução de 4138 casos), atingindo 3763 casos, índice que se manteve semelhante em 2017.

No Sudeste, a incidência da doença foi de 2382,25 casos ao longo dos 15 anos, permaneceu parcialmente estável durante os anos de 2002 a 2015 com desvio padrão de 196 casos, nesse período. Exibiu ainda, queda percentual de 54,4% entre 2015 e 2016, redução também observada em 2017.

No estado do Rio de Janeiro a incidência média observada nos últimos 15 anos foi de 575,5 casos, variando de 119 a 925 notificações nesse período. Nos anos de 2016 e 2017, apresentou os menores índices, representados por 119 e 218 casos, respectivamente,

isso significa queda de 70,9% quando relacionados ao ano de 2015.

Discussão

A incidência de HIV na gestante no Brasil, Sudeste e no Estado do Rio de Janeiro demonstrou altos índices entre os anos de 2002 a 2015. Entretanto, reduziu significativamente nos últimos dois anos (2016-2017), nas três variáveis analisadas.

A detecção de gestantes com HIV no Brasil, apresentou tendência de crescimento partir de 2010 até 2015. Nesse período, foi implantado o Programa Rede Cegonha do Ministério da Saúde, visando melhorar a atenção básica às gestantes no pré-natal. Nesse programa, houve incremento de testes rápidos de HIV feitos em diferentes momentos no pré-natal. A utilização desse método de rastreamento ao vírus, culminou melhoria no diagnóstico precoce, e consequente elevação na taxa de detecção de HIV em gestantes⁴.

Nos anos de 2016 e 2017, houve um decréscimo expressivo dos índices nacionais, regionais e estaduais, que estão relacionados ao aperfeiçoamento da vigilância epidemiológica, ligados a implementação terapêutica das gestantes após o diagnóstico. O uso de medicamentos antirretrovirais combinados, parto cesáreo e a não amamentação (terapia antirretroviral – TARV) na gestante e no recém-nascido diagnosticados, foram medidas técnicas, que visaram reduzir a transmissão vertical, implementadas pelo Ministério da Saúde, por

INCIDÊNCIA NACIONAL, DO SUDESTE E DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO DE INFECÇÃO POR HIV NA GESTANTE 2002-2017

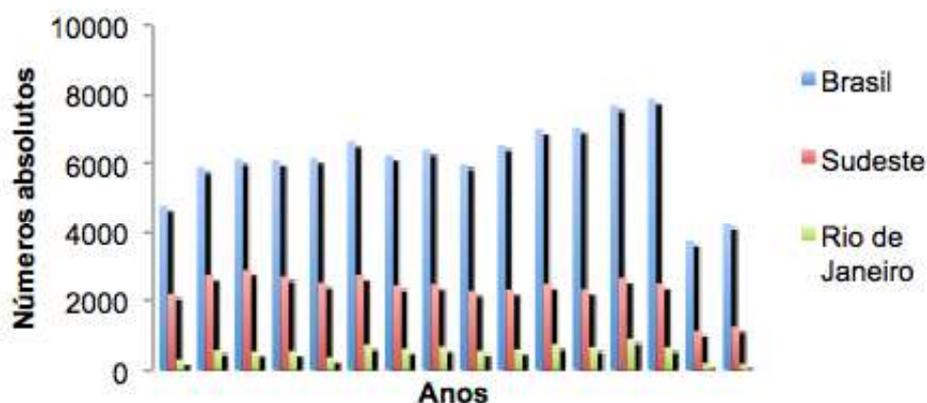


Figura 1. Incidência nacional, do Sudeste e do Estado do Rio de Janeiro de Infecção por HIV na gestante 2002-2017.

meio da Rede Cegonha. O acesso a terapia, reduz a disseminação da doença e impacta positivamente nos índices de infecção pelo vírus, tanto na mãe como no recém-nascido^{4,5}.

No Sudeste, região de maior concentração de gestantes infectadas, os índices apesar altos entre 2002 e 2015, seguiu-se de queda nos anos de 2016 e 2017. O mesmo foi observado no município do Rio de Janeiro, com queda 70,9% entre 2015-2017. A queda dos índices nos últimos dois anos, também estão relacionadas a iniciativa da Rede Cegonha, a qual foi implantado na região Sudeste e consequentemente, no estado do Rio de Janeiro.

As ações encadeadas, promovidas pela atenção básica por meio da Rede Cegonha, iniciadas no acesso ao atendimento pré-natal, a testagem anti-HIV até o tratamento e seguimento da gestante e da recém-nascido exposto, foram de suma importância para a garantia da vigilância em saúde. Apesar disso, em âmbito nacional, ainda há uma alta prevalência de mulheres não testadas e sem acesso a prevenção ao HIV, resultando, por exemplo, em uma taxa de transmissão vertical do vírus de 9,9% no Amazonas no período de 2007 a 2009⁵.

Diantedisso, o acesso ao diagnóstico não é suficiente para garantir a melhora dos índices epidemiológicos. É indissociável o acesso a medicamentos antirretrovirais e métodos de controle da doença. Para isso, é necessário o fomento da estruturação de uma rede integral, aproximando a atenção básica e serviços especializados no âmbito da AIDS. A ação capilarizada do sistema de saúde, promove a saúde e resultado epidemiológico positivo, tanto para a gestante, quanto para o recém-nascido⁴.

Conclusão

A AIDS é um problema de saúde pública mundial, que pode acometer gestantes e culminar na transmissão vertical para o feto. O acesso a meios diagnósticos de alta tecnologia, integrados ao manejo e a métodos terapêuticos antirretrovirais, mostram-se eficazes no combate a disseminação da doença, observados com quedas significativas nos índices de infecção federal, regional e estadual. Entretanto, é indispensável investimento em iniciativas de combate a disseminação do HIV e constante vigilância epidemiológica, para que esses índices sejam ainda melhores em anos consecutivos.

Referências

- 1- Ribeiro ATB, Jacociunas LV. A coinfeção sífilis/HIV e sua importância no rastreamento sorológico em bancos de sangue. *Clin. Biomed. Res.* 2016;36(2):101-109.
- 2- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente

Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.

3- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.

4- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso/ Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

5- Miranda AE et al. Avaliação da cascata de cuidado na prevenção da transmissão vertical do HIV no Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2016;32(9):1-10.

6- Kleinibing, RE. Estratégias de cuidado à saúde de gestantes vivendo com hiv: revisão integrativa. *Ciencia y Enferm.* 2016,22(2):63-90.